



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2020

conexus 3: Krankheit und Gesundheit

Edited by: Rother, Wolfgang

Abstract: Der «endlichen Existenz», so lesen wir bei Hegel, eignet die «ursprüngliche Krankheit», sie trägt den «angeborenen Keim des Todes» in sich. Insofern erscheint nicht die Gesundheit, sondern die Krankheit als der Normalzustand des organischen Lebens. Dies macht die Gesundheit zu einem umso kostbareren Gut – und zwar nicht nur die Gesundheit als physisches, sondern auch als psychisches und soziales Wohlergehen. Umfassende Gesundheit ist unteilbar. Dieser Gedanke, der in der Idee von «One Health» und ihrer interdisziplinär und global ausgerichteten Forschungs- und Praxisperspektive akzentuiert wird, war wegleitend für die Konzeption der vorliegenden conexus-Nummer, an der Fachleute aus unterschiedlichen medizinischen und geisteswissenschaftlichen Disziplinen mitgewirkt haben.

DOI: <https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.001>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-193099>

Edited Scientific Work

Published Version



The following work is licensed under a Creative Commons: Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) License.

Originally published at:

conexus 3: Krankheit und Gesundheit. Edited by: Rother, Wolfgang (2020). Zürich: Hauptbibliothek Open Publishing Environment (HOPE).

DOI: <https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.001>

conexus 3/2020

Krankheit und Gesundheit

Herausgegeben von Wolfgang Rother

Publikationen der fortgeschrittenen
Forschenden und Lehrenden
der Universität Zürich

Publiziert mit Unterstützung der Hochschulstiftung der Universität
Zürich und der Privatdozenten-Stiftung der Universität Zürich

© 2020 conexus. Publikationen der fortgeschrittenen Forschenden
und Lehrenden der Universität Zürich

Alle Beiträge dürfen im Rahmen der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 –
Creative Commons: Namensnennung/nicht kommerziell/keine
Bearbeitungen – weiterverbreitet werden.



conexus 3 (2020)

<https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.001>

ISSN 2673-1851

conexus

Publikationen der fortgeschrittenen Forschenden und Lehrenden der Universität Zürich

Herausgeber

Prof. Dr. Wolfgang Rother
Philosophisches Seminar

Redaktionskommission

Prof. Dr. Jan-Andrea Bernhard
Theologische Fakultät

Prof. Dr. Michael Hässig
Vetsuisse-Fakultät

PD Dr. Sabine Hoidn
Institut für Erziehungswissenschaft

PD Dr. Malcolm MacLaren
Rechtswissenschaftliche Fakultät

Prof. Dr. Matthias Neugebauer
Theologische Fakultät

Prof. Dr. Stephan R. Vavricka
Medizinische Fakultät

Prof. Dr. Ulrike Zeuch
Deutsches Seminar

Inhalt

Wolfgang Rother	
Vorwort	1–7
Simon R. Rüegg and Barbara Häsler	
One Health continues to evolve for better health of people, animals and ecosystems	8–25
Michael Hässig	
Gesunde Tiere dank Antibiotika?	26–31
Antje Heck, Eli Alon, Kyrill Schwegler und Andreas R. Gantenbein	
Opioide – Gefahren einer eindimensionalen Schmerztherapie	32–52
Werner M. Egli	
Welche Krankheiten heilen Schamaninnen? Beispiele aus dem Himalaya-Raum	53–74
Beat Gerber	
Im Spannungsfeld zwischen Tun und Lassen – ein medizinphilosophischer Beitrag	75–95
Ulrike Zeuch	
Das Gesunde und Kranke in der Literatur Robert Musil und die Krise der Moderne	96–119
Christina Vogel	
Literarische Krankheitserzählungen zwischen Fiktion und Realität	120–134
Josette Baer	
The Development of Psychiatry in Slovakia	135–147
Malcolm MacLaren	
Immigration and Healthy Policymaking	148–172

Wolfgang Rother

Vorwort

Gesundheit ist – das wird uns in diesen Zeiten der Pandemie ganz besonders bewusst – ein ebenso kostbares wie fragiles Gut. Dass Gesundheit, und zwar die umfassende und unteilbare Gesundheit, ein kostbares Gut ist, kommt in der Idee von «One Health» zum Ausdruck. Die Neuentdeckung der Tatsache, dass die Gesundheit von Menschen und Tieren denselben Gesetzmässigkeiten unterworfen ist, hat durch die zunehmende Sorge um Pandemien und den Verlust der Biodiversität vermehrt Auftrieb erhalten. «One Health» ist eine interdisziplinär und global ausgerichtete Forschungs- und Praxisperspektive, die neben der Zusammenarbeit von Human- und Tiermedizin zum Ziel hat, die Notwendigkeit einer funktionierenden Biosphäre für die menschliche Gesundheit mit in den Fokus zu bringen.

Laut Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1946 umfasst Gesundheit neben dem körperlichen auch das geistig-seelische und soziale Wohlergehen und darf nicht reduziert werden auf die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.¹ Dies bedeutet, dass Gesundheit nicht nur ein Thema der Medizin und Pharmakologie, der Natur-, Umwelt- und Agrarwissenschaften ist, sondern in gleicher Weise auch der Psychologie, Theologie und Soziologie, der Sozial- und Kulturanthropologie wie auch der Politik-, Wirtschafts- und Rechtswissenschaft. Damit wird die Weltgemeinschaft

¹ «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.» Constitution of the World Health Organization, in: WHO Basic Documents, Forty-ninth edition (2020) 1: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf

vor die Herausforderung gestellt, den Begriff Gesundheit so zu besetzen, dass er für diese Vielzahl von Perspektiven taugt und gleichzeitig praktisch anwendbar bleibt. Es leitet sich daraus ebenfalls ab, dass Gesundheit nicht mehr in der alleinigen Verantwortung der WHO und der Gesundheitsbehörden liegt, sondern eine gesellschaftliche Aufgabe ist.

Mit der Fragilität der Gesundheit gerät ihre permanente Bedrohung durch die Krankheit in den Blick, deren Abwesenheit – so die Definition der WHO – keine hinreichende Bestimmung von Gesundheit ist. Worum es in der Perspektive der WHO geht, ist die Entwicklung eines umfassenden, ganzheitlichen und positiven Gesundheitsbegriffs. Gesundheit ist mehr als blosses Nicht-krank-sein. Und umgekehrt lässt sich Krankheit nicht reduzieren auf eine Störung der ursprünglichen oder «normalen» Gesundheit, auf ein Defizit, das behoben werden kann und muss. Wenn Gesundheit das Normale, die Norm, das Ideal ist, wird das Kranke stigmatisiert. Das Ideal physischer Gesundheit kann zum krankhaften Körperkult und Gesundheitswahn bis hin zur Eugenik, das Ideal psychischer Gesundheit zu einem gesellschaftlichen Anpassungszwang bis hin zur politischen Disziplinierung und Repression von Devianz und Dissidenz führen.

Die Defizitperspektive blendet nicht nur die ontologische Dignität der Krankheit aus – dabei ist Kranksein eine Seinsweise, die vielen Menschen viel vertrauter ist als Gesundsein und vermutlich erfahren wir im Laufe unseres Lebens mehr Leid, Schmerz und Krankheit als Momente der Freude, Unbeschwertheit und Gesundheit –,² sondern vor allem die dialektische Verschlungenheit von Leben und Krankheit. Hegel identifiziert in seiner Naturphilosophie die Krankheit als Signatur des organischen Lebens. Der «*endlichen Existenz*» eignet die «*ursprüngliche Krankheit*», sie trägt den «*angeborenen Keim des*

² Dies ist ein zentraler Gedanke des Mailänder Aufklärers Pietro Verri, den er im Schlussparagrafen (Se nella la vita siano più i dolori ovvero i piaceri) seines *Discorso sull'indole del piacere e del dolore* (1781) entwickelt. Vgl. P. Verri: I «*Discorsi*» e altri scritti degli anni Settanta, a cura di Giorgio Panizza, Edizione nazionale III, Roma 2004, 150–152.

Todes» in sich.³ Das Individuum ist notwendig – das heisst, insofern es Individuum ist – dem Tode geweiht. Krankheit und Tod gehören zum «Leben», das «sich so aus sich selbst tötet».⁴ Indem Krankheit zugleich Signatur des Lebens und Antizipation des Todes ist, erscheint sie als Möglichkeitsbedingung der Existenz und der Gesundheit: «Der Organismus kann von der Krankheit genesen, aber weil er von Haus aus krank ist, so liegt darin die Notwendigkeit des Todes.»⁵ So kehrt sich die Defizitperspektive um: Nicht sind wird ursprünglich gesund und *per accidens* anfällig für Krankheiten, sondern als lebendige Organismen sind wir ursprünglich krank und können – dies ist die gute Nachricht und begründet unser Vertrauen in die Medizin und andere Wissenschaften – gesund werden, auch wenn der *morbus originalis* mit Sicherheit tödlich enden wird.

Der eingangs erwähnte Aspekt umfassender und unteilbarer Gesundheit stand dem Titel *Pate*, unter dem die fortgeschrittenen Forschenden und Lehrenden der Universität Zürich im Herbstsemester 2019 eine Ringvorlesung durchführten: «One Health» – Gesundheit und Krankheit aus interdisziplinärer Perspektive. Dass die vorliegende, dritte Nummer von *conexus*, die eine Reihe von Beiträgen dieser Ringvorlesung vereinigt, nun unter dem Titel «Krankheit und Gesundheit» – und zwar in dieser Reihenfolge – erscheint, ist den vorangehenden Überlegungen geschuldet.

Die ersten drei Beiträge – alle im Umfeld medizinischer Forschung und Praxis entstanden – thematisieren das «One Health»-Konzept aus unterschiedlichen Perspektiven. Simon R. Rüegg und Barbara Häsler reflektieren in ihrem im Rahmen des «Network for Evaluation of One Health» entstandenen Artikel Fragen und Probleme der praktischen Umsetzung des Konzepts, die an acht Fallstudien analysiert und diskutiert werden. Michael Hässig untersucht

³ Georg Wilhelm Friedrich Hegel: Enzyklopädie der philosophischen Wissenschaften im Grundrisse (1830). Zweiter Teil: Die Naturphilosophie. Mit den mündlichen Zusätzen, in: Werke in zwanzig Bänden, Frankfurt am Main 1970, IX 535 (§ 375).

⁴ Ebd.

⁵ Ebd., 536 (mündlicher Zusatz).

die Praxis der Verabreichung von Antibiotika in der industriellen Kälbermast, die nicht nur zu Resistenzen beim Menschen führt, sondern auch negative Folgen für die Tiergesundheit hat, weil in der Antibiotikatherapie nicht nur pathogene, sondern auch die für die Verdauung notwendigen Bakterien abgetötet werden. In einer von Fachleuten aus unterschiedlichen medizinischen Disziplinen – Antje Heck, Eli Alon, Kyrill Schwegler und Andreas Gantenbein – verantworteten Studie wird die Frage der Abgabe von Opioiden in der Schmerztherapie vor dem Hintergrund der nicht zu unterschätzenden Suchtproblematik untersucht und für eine interdisziplinäre, multimodale und indikationsgerechte Therapie chronischer Schmerzen argumentiert.

Schamanische Heilpraktiken würden kaum Interdisziplinarität im strengen Sinne für sich beanspruchen. Doch liegt den schamanischen Ritualen – wie Werner M. Egli zeigt, der seit dreissig Jahren den Schamanismus im Himalaya-Raum erforscht, – ein Krankheits- und Gesundheitsverständnis zugrunde, das durchaus Züge einer interdisziplinären Perspektive aufweist.

Beat Gerber, ein erfahrener medizinischer Praktiker und philosophisch reflektierender Arzt, entwickelt – nicht zuletzt als Antithese und Alternative zu überhöhten medizinischen Machbarkeitsvorstellungen und übersteigertem ärztlichen Aktivismus die Konzeption des situativen Nicht(s)tuns und plädiert für das verantwortungsvolle Unterlassen als eine dem Tun ebenbürtige Handlungsmöglichkeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Ein Epiphänomen des oben geltend gemachten ontologischen Primats der Krankheit ist die Faszination, die die moderne Literatur und Kunst für das Kranke und Deviante hegen. Ulrike Zeuch legt ihrer Untersuchung über die Figur des Sexualmörders Moosbrugger in Robert Musils *Mann ohne Eigenschaften* dessen einschlägigen Essay über das «Unanständige und Kranke in der Kunst» (1911) zugrunde, um vor dem Hintergrund der Differenz zwischen wirklicher und dargestellter Perversität die Fluidität und Irrelevanz der Grenzen zwischen «psychisch krank» und «psychisch gesund» aufzuzeigen. Dieses Phänomen der Dekonstruktion der Differenzen

zwischen (Auto-)Biographie und (Auto-)Fiktion, Wirklichkeit und Traum, Wahrheit und Imagination, Sinn und Absurdität, Normalem und Pathologischem thematisiert Christina Vogel in ihrer Analyse der Krankheitserzählungen von Max Blecher (1909–1938), Hervé Guibert (1955–1991) und Olivia Rosenthal (*1965).

Eine Studie zur Geschichte der Medizin und Psychiatrie in der Slowakei bietet Josette Baer, die nach einer einführenden Darstellung der Verhältnisse seit 1918 vor allem die Instrumentalisierung der Psychiatrie für politische Repression und Disziplinierung in den Blick nimmt.

Nicht nur in der Literatur, sondern auch in der Politik werden Gesundheit und Krankheit als Metaphern gebraucht. Wenn man – wie Hobbes – den Staat als «Körper», das heisst als «body politic» versteht, stellen sich Fragen nach seinem Zustand. Am Beispiel der sogenannten Migrationskrise von 2015 untersucht Malcolm MacLaren, wie brisante politische Themen in der öffentlichen Debatte erörtert werden. Die Emotionalität der Debatte stellt eine massive Herausforderung für den demokratischen Staat und eine liberale Politik dar. MacLarens Untersuchung zeigt, wie geeignete «Therapien» hier bisher weder theoretisch noch praktisch entwickelt werden konnten.

Die vorliegende Nummer von *conexus* ist aus der erwähnten, im Herbstsemester 2019 gehaltenen Ringvorlesung zum Thema «One Health» hervorgegangen. Der Beitrag von Simon R. Rüegg und Barbara Häsler wurde nach einem entsprechenden Call for Papers eingereicht. Michael Hässig arbeitete seinen Anteil an der zusammen mit Stephan R. Vavricka gehaltenen Vorlesung «Die Darmflora aus human- und veterinärmedizinischer Sicht» zum vorliegenden Beitrag über die Antibiotika in der Fleischindustrie um. Alle publizierten Arbeiten wurden in einem anonymen Peer-Review-Verfahren begutachtet und von mir editorisch betreut, lektoriert und redaktionell bearbeitet.

Schliesslich seien diejenigen Vorlesungen erwähnt, die die Kolleginnen und Kollegen aus unterschiedlichen Gründen nicht

publizieren konnten oder wollten. Es waren dies die Vorträge von Thomas Bearth: «Ebola-Bedrohungsszenarien als kommunikative Herausforderung», Jan-Andrea Bernhard: «Die Pest – Bedeutung für Zwinglis Reformation?», Johannes Bircher: «Das Meikirch-Modell – ein neues Paradigma von Gesundheit und Krankheit», Jan Fehr und Nicolas Müller: «Von Grenzen und Resistenzen – Global Health Challenges», Sandra Hotz: «Kind, Medizin und Recht – am Beispiel ADHS», Urs Marti-Brander: «Ressentiment als Krankheit? Von Nietzsche bis zum Populismus der Gegenwart», Barbara von Orelli-Messerli: «Henri Matisse – krank am Körper, gesund an der Seele, Roman Pfeifer: «Lebensqualität nach einem Polytrauma», Judith Vitale: «Opiate und die <therapeutische Revolution> in Japan».

Mein herzlicher Dank gilt an erster Stelle den Autorinnen und Autoren für die sorgenfreie Zusammenarbeit, den Gutachterinnen und Gutachtern für ihre kritischen Kommentare und hilfreichen Verbesserungsvorschläge, dem Open Access Publishing Team der Hauptbibliothek – André Hoffmann, Margit Dellatorre und Martin Brändle – für den professionellen technischen Support, der Kommission Ringvorlesungen der fortgeschrittenen Forschenden und Lehrenden – Jan-Andrea Bernhard, Michael Hässig, Sabine Hoidn, Malcolm MacLaren, Matthias Neugebauer, Stephan R. Vavricka und Ulrike Zeuch – sowie Josette Baer, Dominik Ettlin und Simone Müller für die Mitwirkung bei der Organisation und Moderation der Vorlesungen, Birgit Beck-Heppner und Vreni Traber für die Herstellung und Distribution von Plakaten und Flyern, der Vereinigung der Privatdozentinnen und Privatdozenten, Titularprofessorinnen und Titularprofessoren für die Einladung aller Vortragenden zum Nachtessen und schliesslich dem Dekanat der Philosophischen Fakultät und der Hochschulstiftung sowie der Privatdozenten-Stiftung für die grosszügige Finanzierung der Publikationsaufwände.

7 Wolfgang Rother: Vorwort

conexus 3 (2020) 1–7

© 2020 Wolfgang Rother. Dieser Beitrag darf im Rahmen der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 – Creative Commons: Namensnennung / nicht kommerziell / keine Bearbeitungen – weiterverbreitet werden.



<https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.002>

Prof. Dr. Wolfgang Rother, Universität Zürich, Philosophisches Seminar
Privat: Brühlstrasse 43, 5412 Gebenstorf
wolfgang.rother@philos.uzh.ch

Simon R. Rüegg and Barbara Häsler

One Health continues to evolve for better health of people, animals and ecosystems

International policy makers, practitioners and the scientific community are committed to One Health (OH) as recent financial, economic, social, environmental and health crises have led to the renewed recognition that collaborative approaches across disciplines, populations and sectors are needed to address such wicked problems. OH emphasises the commonalities of human, animal, plant and ecosystem health. With a human population that is projected to reach around 9 billion in 2050,¹ OH principles have become valuable not only for emerging diseases and zoonoses, but also for food safety, food security, malnutrition, microbial resistance to antibiotics, wildlife conservation, among others.² In this perspective, the term can be used in lieu of many other integrated, and interdisciplinary approaches that tackle complex health challenges across systems in a holistic way to improve health for all, e.g. Ecohealth, Planetary Health, Global Health, or Health in scaled Social-Ecological Systems or Agrihealth.³

¹ UN Department of Economic and Social Affairs: World Population (2020): <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/POP/TOT/900>

² E. P. J. Gibbs: The evolution of One Health. A decade of progress and challenges for the future, in: *Veterinary Record* 174/4 (2014) 85–91; C. D. S. Ribeiro, L. H. M. van de Burgwal, B. J. Regeer: Overcoming challenges for designing and implementing the One Health approach. A systematic review of the literature, in: *One Health* (2019) 100085.

³ T. Assmuth, X. Chen, C. Degeling, T. Haahtela, K. N. Irvine, H. Keune, R. Kock, S. Rantala, S. Rüegg, S. Vikström: Integrative concepts and practices

There is considerable literature describing the characteristics of integrated approaches to health, but there is an ongoing debate as to the definition of OH;⁴ viewpoints range from a clear focus on zoonoses, animal and human populations to a full systems approach that integrates any aspects of people, animals and ecosystems. During a project funded by the European Cooperation in Science and Technology (COST) between 2014 and 2018, over 250 scientists, decision-makers and practitioners with expertise and/or interest in OH from more than thirty countries globally, set out to develop a framework to evaluate OH. This Network for Evaluation of One Health (NEOH)⁵ was inevitably confronted with the question of how to characterise OH to make it measurable for the purpose of evaluation. We set out to describe essential dimensions of OH that we would like to see in any initiative that considers itself to be OH and thereby move away from a philosophy to something more tangible. In the present article we describe the results from the work conducted during NEOH and in particular reflect on their significance in relation to our common practice in health.

The Network for Evaluation of One Health (NEOH)

As a first stepping-stone, the group generated a blueprint characterising OH,⁶ defining six essential dimensions, namely 1) thinking,

of health in transdisciplinary social ecology, in: *Socio-Ecological Practice Research* (2019): <https://doi.org/10.1007/s42532-019-00038-y>

⁴ Ibid.

⁵ <http://neoh.onehealthglobal.net>

⁶ S. R. Rüegg, B. J. McMahon, B. Häsler, R. Esposito, L. R. Nielsen, C. Ifejika Speranza, T. Ehlinger, M. Peyre, M. Aragrande, J. Zinsstag, P. Davies, A. D. A. Mihalca, S. C. Buttigieg, J. Rushton, L. P. Carmo, D. De Meneghi, M. Canali, M. E. Filippitzi, F. L. Goutard, V. Ilieski, D. Milićević, H. O'Shea, M. Radeski, R. Kock, A. Staines, A. Lindberg, L. Rosenbaum Nielsen, C. Ifejika Speranza, T. Ehlinger, M. Peyre, M. Aragrande, J. Zinsstag, P. Davies, A. D. A. Mihalca, J. Rushton, L. P. Carmo, D. De Meneghi, M. Canali, M. E. Filippitzi, F. L. Goutard, V. Ilieski, D. Milicevic, H. O'Shea, M. Radeski, A. Lindberg: A blueprint to evaluate One Health, in: *Frontiers in Public Health* 5 (2017) 1–5.

2) planning, and 3) working, supported by an *enabling environment* of 4) sharing, 5), learning, and 6) systemic organisation. We then developed a scoring system for the six dimensions to be able to measure the strength of OH (i.e. the One Health-ness) and compare it to the outcomes that the initiative produces.⁷ The network developed a tool to measure knowledge integration by means of a questionnaire with semi-quantitative scores for the six dimensions listed above. In a spider diagram, these six aspects span a hexagon whose surface we named OH index. The ratio between the surface spanned by the operational aspects and the surface covered by infrastructural aspects we named OH ratio. The index and ratio can then be compared to the ecological, economic, and social outcomes of an OH initiative to find out if a stronger or weaker One Health-ness leads to better or worse outcomes. In addition, unexpected outcomes of the initiative are explicitly collected and included in the evaluation.

Crucial findings in this process were that 1) OH integrates knowledge from various sources in a transdisciplinary way and 2) that by the nature of the complex OH problems, the approach must employ system thinking. The first point posits that there are as many concepts of health as participants in a specific initiative, the second that we must consider emergences as an initiative is implemented. Conceptualising NEOH itself as an OH initiative, it was conducted as a participatory iterative process, during which, at annual intervals outcomes were shared and reflected, tested in case studies, and used to adapt the framework. It allowed engaging experts from various disciplines and sectors to contribute and help evolving the framework.

⁷ S. R. Rüegg, L. Rosenbaum Nielsen, S. C. Buttigieg, M. Santa, M. Aragrande, M. Canali, T. Ehlinger, I. Chantzias, E. Boriani, M. Radeski, M. Bruce, B. Häsler: A systems approach to evaluate One Health initiatives, in: *Frontiers in Veterinary Science* 5 (2018) 1–18.

Outcomes of the network

The primary outcome was a handbook for the evaluation of integrated approaches to health.⁸ First, we reflected on current practice in health governance and the opportunities opened by the UN Sustainable Development Goals for integrated approaches to health. This is followed by an evaluation framework and methodology to compare the effort invested into One Health-ness (or knowledge integration) to the outcomes anticipated by a theory of change in ecosystems, society and economy, and also considering unexpected outcomes emerging from the complex social-ecological system (SES) in which an OH initiative is situated. Evaluation in SES requires a good understanding of the dynamics within the system and its tangible as well as intangible elements. For example, cultural practices may have a major impact on alimentary habits, which may in turn affect the prevalence of diabetes and consequently need to be considered when aiming to address malnutrition. The framework explores qualitative and quantitative techniques, theories and models and associated metrics in three chapters focusing on ecological, social and economic aspects. The handbook concludes with a chapter on implementing a systems approach in the policy cycle. The second outcome of NEOH was a collection of case studies to which this framework had been applied. A brief description of the case studies is given in the following Table.

⁸ S. R. Rüegg, B. Häsler, J. Zinsstag (eds): Integrated approaches to health. A handbook for the evaluation of One Health, Wageningen 2018.

Eight OH initiatives which were evaluated using the NEOH framework and that were compared for the present meta-perspective. Please see the references for more details on each initiative.

Initiative description	Evaluation process
<p>Comparison of brucellosis control in Malta and Serbia. Brucellosis is caused by zoonotic bacteria affecting ruminants, swine and other animals. The study historically describes and compares Malta's 1995–1997 with Serbia's 2004–2006 brucellosis control programmes and quantitatively assesses the extent to which they were compliant with a OH approach.⁹</p>	<p>Retrospective and comparative. 15 interviews and document analysis. Scored by focus group of 6 evaluators from both countries.</p>
<p>Cysticercosis surveillance in Portugal. Human cysticercosis is a preventable feco-orally transmitted parasitic infection caused by cysticerci of the swine tapeworm <i>T. solium</i>. The study evaluates the design of the Observatory of Taeniasis and Cysticercosis, as an example of inter-sectoral collaboration for surveillance in Portugal.¹⁰</p>	<p>Prospective self-evaluation by 3 internal evaluators, reviewed by 3 external evaluators.</p>
<p>Southern African Centre for Infectious Disease Surveillance (SACIDS). The SACIDS initiative aims to promote a trans-sectoral approach to address better infectious disease risk management in five countries of the Southern African Development Community. Nine years after SACIDS' inception, this study aimed to evaluate the program.¹¹</p>	<p>Formative, 9 years after inception of the centre. Document analysis, group and individual interviews, and online survey. Scoring by 2 evaluators, who resolved disagreements in discussion. Review by external evaluators.</p>

⁹ S. C. Buttigieg, S. Savic, D. Cauchi, E. Lautier, M. Canali, M. Aragrande: Brucellosis Control in Malta and Serbia. A One Health Evaluation, in: *Frontiers in Veterinary Science* 5 (2018) 1–15.

¹⁰ A. G. Fonseca, J. Torgal, D. de Meneghi, S. Gabriël, A. C. Coelho, M. Vilhena: One Health-ness Evaluation of Cysticercosis Surveillance Design in Portugal, in: *Frontiers in Public Health* 6 (2018) 1–10.

¹¹ M. C. E. Hanin, K. Queenan, S. Savic, S. R. Rüegg, B. Häsler: A One Health evaluation of the Southern African Centre for Infectious Disease Surveillance, in: *Frontiers in Veterinary Science* 5 (2018) 1–16.

Mitigating health risks from reuse of acaricide containers in Southern Zambia. In this initiative, a transdisciplinary approach allowed for the identification of a serious public health risk arising from the unexpected reuse of chemical containers by the local public against advice. It was a satellite project to a program tackling production losses due to tick-borne disease in cattle in Southern Zambia in late 1980s.¹²

University of Copenhagen Research Centre for Control of Antibiotic Resistance (UC-CARE) in Denmark. UC-CARE, a 4-year research project was a OH initiative with participants from 14 departments over four faculties as well as stakeholders from industry and health authorities aiming to produce new knowledge to reduce the development of antimicrobial resistance.¹³

West Nile Virus (WNV) surveillance in three regions of Northern Italy. This integrated surveillance program targets mosquitoes, wild birds, humans, and horses and aims at early detecting the circulation of WNV and reducing the risk of infection in the human populations.¹⁴

Obesity in European Dogs and Dog-Owners. A questionnaire-based study was carried out as a joint effort across 11 European countries. It was considered a

Retrospective, 25 years after initiative conclusion. Document analysis, and witness interviews. Scoring by external and internal evaluators.

Formative. Document analysis, semi-structured interviews with 18 project participants, and stakeholder survey. Scoring by 2 internal and 2 external evaluators, validation at the centre's annual event.

Formative, several years after the initiative's inception. Interviews and questionnaires with involved actors. Scoring by 3 internal and external evaluators who resolved disagreements in discussion.

Formative self-evaluation, by 3 initiative participants. Online questionnaire with 20 questions to 24 participants of the initiative.

¹² G. Laing, M. Aragrande, M. Canali, S. Savic, D. De Meneghi: Control of Cattle Ticks and Tick-Borne Diseases by Acaricide in Southern Province of Zambia: A Retrospective Evaluation of Animal Health Measures According to Current One Health Concepts, in: *Frontiers in Public Health* 6 (2018) 1–12.

¹³ A. L. Léger, K. Stärk, J. Rushton, L. R. Nielsen: A One Health evaluation of the University of Copenhagen Research Centre for Control of Antibiotic Resistance, in: *Frontiers in Veterinary Science* 5 (2018) 1–14.

¹⁴ G. Paternoster, L. Tomassone, M. Tamba, M. Chiari, A. Lavazza, M. Piazzi, A. R. Favretto, G. Balduzzi, A. Pautasso, B. R. Vogler: The Degree of One Health Implementation in the West Nile Virus Integrated Surveillance in Northern Italy, 2016, in: *Frontiers in Public Health* 5 (2017) 1–10.

OH initiative between scientists from human and animal health sectors aiming to identify factors associated with obesity in dog owners and their dogs.¹⁵

Animal Welfare Center Skopje, Macedonia. The Animal Welfare Center in Macedonia was established in 2009. The objectives of the center are animal welfare (AW) education, research, raising public awareness of AW, and increasing cooperation between the stakeholders.¹⁶

Informal information exchange by mail and face-to face.

Formative self-evaluation, after 7 years of ongoing work. Scores averaged from 2 evaluators.

The development and the application of the handbook provoked many discussions in the network on aspects and conceptualisation of health, which we did not expect to encounter. This highlighted the importance of transdisciplinary work to identify knowledge gaps and foster innovation. At the same time the systematic framework allowed drawing conclusions about the added value of integrated approaches to health. In the following paragraphs we briefly outline the conclusions we drew from the case studies, and then mention the knowledge and conceptual gaps encountered as well as missing methods. Finally, the project being a dynamic system produced some unexpected outcomes that we would like to share.

Conclusions from the case studies

Currently, there is no benchmark available for the strength of OH and knowledge integration. We hope that the provision of the evaluation protocol as open access, training and raising awareness

¹⁵ A. Muñoz-Prieto, L. R. Nielsen, S. Martinez-Subiela, J. Mazeikiene, P. Lopez-Jornet, S. Savić, A. Tvarijonaviciute: Application of the NEOH Framework for Self-Evaluation of One Health Elements of a Case-Study on Obesity in European Dogs and Dog-Owners, in: *Frontiers in Veterinary Science* 5 (2018) 1–9.

¹⁶ M. Radeski, H. O'Shea, D. De Meneghi, V. Ilieski: Positioning Animal Welfare in the One Health Concept through Evaluation of an Animal Welfare Center in Skopje, Macedonia, in: *Frontiers in Veterinary Science* 4 (2018) 1–11.

will help to accumulate case studies over time and will allow collating enough data to establish benchmarks.

To gain a first meta-perspective for the present paper, we compared the standardized evaluations according to the NEOH framework. Most data were available from the One Health-ness evaluations, but there were also partial evaluations of expected outcomes according to the theory of change, as well as descriptions of unexpected outcomes. Among the participating case study authors to date, there was consensus that employing a systems approach following the guidance provided widened the view on the projects and allowed a broader conversation about the underlying assumptions and expectations.

One Health-ness and knowledge integration

Project age appears to have an impact on the level of One Health-ness, i.e. the extent to which an initiative facilitates knowledge integration and learning. Comparison of four case studies on infectious disease surveillance and control suggested that more mature initiatives become more holistic as they evolve in a trial and error process.¹⁷ A further case study was implemented as a satellite project of a mature development program deploying tick control in cattle. Because acaricide containers were used for food and water storage, this project was specifically implemented to prevent this behaviour. The good balance between all six evaluated aspects of knowledge integration suggests that it inherited the equilibrium from the original programme. However, the intensity in which knowledge integration and learning was facilitated was quite low, as suggested by the relatively small OH index.¹⁸

¹⁷ S. C. Buttigieg et al.: Brucellosis Control in Malta and Serbia, 1–15; M. C. E. Hanin et al.: A One Health evaluation of the Southern African Centre for Infectious Disease Surveillance; G. Paternoster et al.: The Degree of One Health Implementation in the West Nile Virus Integrated Surveillance in Northern Italy; A. G. Fonseca et al.: One Health-ness Evaluation of Cysticercosis Surveillance Design in Portugal.

¹⁸ G. Laing et al.: Control of Cattle Ticks, 1–12.

Knowledge integration and particularly the sharing of data is impacted by political boundaries. A phenomenon that has been reported for the governance of the sustainable development goals,¹⁹ can also be observed in OH. The evaluation of an international effort for infectious disease surveillance showed that national as well as institutional borders are challenging for the sharing of data.²⁰

The aspect of inter- and transdisciplinary work appeared to be the most challenging in the academic context. Two case studies embedded in an academic research context appeared to struggle with the co-production of knowledge between different academic stakeholders.²¹ There seemed to be a disconnect between the ambition to work across disciplines and the cultural practice in science of evaluating achievements based on scientific, preferably high-impact publications. The latter put particularly junior scientists under pressure to produce disciplinary outputs that are highly cited, rather than reaching over disciplinary boundaries. The prospect of low citation rates in conjunction with the required effort to comprehend deeply a different perspective on the problem appeared to hinder true interdisciplinary implementation. Furthermore, the prevailing competitive mentality in academia was found to be a serious obstacle to trusted collaboration required for interdisciplinary progress. Nevertheless, a third case study evaluating an academic centre for animal welfare with a public mandate to improve animal welfare in Serbia showed a different picture. The explicit mandate to reach beyond academia and connect to practitioners resulted in a surprisingly good alignment with the OH concept.²²

¹⁹ M. Nilsson, E. Chisholm, D. Griggs, P. Howden-Chapman, D. McCollum, P. Messerli, B. Neumann, A. S. Stevance, M. Visbeck, M. Stafford-Smith: Mapping interactions between the sustainable development goals: lessons learned and ways forward, in: *Sustainability Science* 13/6 (2018) 1489–1503.

²⁰ M. C. E. Hanin et al.: A One Health evaluation of the Southern African Centre for Infectious Disease Surveillance.

²¹ A. L. Léger et al.: A One Health evaluation of the University of Copenhagen Research Centre for Control of Antibiotic Resistance; A. Muñoz-Prieto et al.: Application of the NEOH Framework for Self-Evaluation of One Health Elements of a Case-Study on Obesity in European Dogs and Dog-Owners.

²² M. Radeski et al.: Positioning Animal Welfare in the One Health Concept.

Expected outcomes from the case studies

The case studies had a clear focus on applying and testing the new scoring for One Health-ness and therefore put most resources into this part; outcomes of the initiatives were largely included in a descriptive way and not measured formally. Nonetheless, positive outcomes from these projects were identified and it was hypothesised that partnerships spanning collaborators from government, academia and practitioner may generate more holistic solutions.

Unexpected outcomes from the case studies

The case studies were conducted to test the evaluation framework with a particular focus on the newly elaborated protocols for One Health-ness. Involvement of project stakeholders in the evaluation process was part of the evaluation method based on systems thinking. In fact, system thinking was an important foundation of the NEOH evaluation approach and was promoted in trainings and applications. Feedback from evaluators and project stakeholders showed that the NEOH framework was useful to look at initiatives in a fresh way and consider new perspectives. They asserted that systems thinking was challenging for many natural scientists and that considerable time and effort were required to attain a practical level of understanding.

In addition to being a tool for feedback and accountability, the evaluation process was recommended to conceptualise and plan new OH initiatives. This observation revealed that ultimately, a good OH initiative should consider the structures, processes and practices that are already in place in relation to a particular question by conducting an evaluation before the conception of further steps. It posits that we never start from scratch and always have some elements to build upon.

The NEOH evaluation tool for One Health-ness covers a broad range of aspects involved in knowledge integration. All case studies tended to be stronger in the operational aspects than in the provision of supporting environments, and no study had weaker operational aspects. At second thought this appeared quite logical as initiatives

that foster data, method and knowledge sharing, learning infrastructure and systemic leadership would not necessarily consider themselves specifically as OH. Consequently, there is a bias in initiatives that self-declare to be OH towards projects that overemphasise operational aspects over infrastructure, which can hardly be overcome.

Knowledge and conceptual gaps

The need for a scalable definition of health

Exchange across different disciplines and sectors in charge of different scales of life from microorganisms to national and global economies revealed a large variety of definitions of what is healthy. At the level of ecosystems, the concept of health per se is controversial.²³ But also at individual level, our concepts of personal health are very diverse. Throughout the conversations, an emerging theme appeared to be that health can be regarded as a dynamic adaptive process rather than a static state. A potential framing would be health as resilience at individual level, with well-being and welfare as emerging properties of a functional co-adaptation between an individual and its direct environment. The concept of resilience can be evaluated at multiple levels of social-ecological systems (SES). Metrics for resilience are different at different scales, primarily because change occurs at much slower rates at larger scales and is faster at small scales, thus not allowing the same relative time resolution at all scales. Nonetheless, the principal idea can be transferred across all scales and can also accommodate for cultural differences.

Consequently, OH approaches would need to foster resilience at all scales, and as a minimal requirement not reduce resilience at any scale in an SES. This would allow people and non-human beings to evolve and allow adaption to various challenges at short and long term.

²³ D. Rapport: Assessing ecosystem health, in: Trends in Ecology & Evolution 13/10 (1998) 397–402.

The need to balance between imposing health norms and relying on participation to tackle health challenges

Contemporary medical practice relies heavily on norms and references. A certain degree of deviation from a mean is commonly considered a pathology and regularity is a goal. Consequently, decision matrices are often objective, deterministic with the aim to re-establish normalcy. Similarly, in public health, veterinary public health and in food safety, solutions are often prescribed top-down, implying singular linear pathways in isolated aspects of health. There are obvious advantages of this approach when it comes to health management at scale, such as decision-making for resource allocation in a national health service. However, current health management is in stark contrast to the observation that complex systems show fractal behaviour and manifests in a coherent variation and diversity.²⁴ A complex adaptive systems approach in medicine would require moving away from pre-established medical problems with expected solutions and working with people towards defining the medical goal itself. Such an approach requires of course an acceptance of unpredictability, uncertainty, and ambiguity²⁵ – something most health care systems are not set up to deal with.

There is no doubt that norms and references have an important place in daily practice, but there is a risk that such norms may obliterate other potential pathways to health. In the context of OH the question arises to what degree such norms are universal and time independent, and to what degree they would require a contextualisation. While a strong focus on individual choice in health care with a consideration of people's perspectives has the advantage of more tailor-made health dynamics, the right to individualism stands in contrast with needs of communities or societies. When people make unhealthy choices, the health costs either result in a loss of solidarity because the community does not want to cover the consequences of

²⁴ G. B. West: The importance of quantitative systemic thinking in medicine, in: *Lancet* 379/9825 (2012) 1551–1559.

²⁵ R. Strand, G. Rortveit, E. Schei: Complex systems and human complexity in medicine, in: *Complexus* 2/1 (2004) 2–6.

individual behaviour, or in rising health expenses for the community. Another example is the individual choice of vaccination, where people who may choose to abstain from vaccination contribute to lowering community or herd immunity and thereby increase disease risks. Here again, cohesion appears to be an important concept, i.e. solidarity needs to be reciprocal: while individuals consider the resilience of the community in their acts, the community can be solidary in return. However, it requires that health at various levels of the SES is discussed and co-produced. This shows that OH is more than an integrated approach to emerging infectious diseases, but a way to address many health concerns from malnutrition to traffic accidents in a participatory and inclusive process. The impacts are considerable as they affect legislation and require a fundamental overhaul of our cultural practice to compare individuals to a norm. Some possible approaches have been proposed such as social prescription,²⁶ positive health dialogue,²⁷ critical complexity and participatory action research,²⁸ or salutogenesis.²⁹

²⁶ A. Jani, M. Gray: Making social prescriptions mainstream, in: *Journal of the Royal Society of Medicine* 112/11 (2019) 459–461; A. Jani, E. Pitini, S. Jungmann, G. Adamo, J. Conibear, P. Mistry: A social prescriptions formulary: bringing social prescribing on par with pharmaceutical prescribing, in: *Journal of the Royal Society of Medicine* 112/12 (2019) 498–502.

²⁷ M. Huber, M. van Vliet, M. Giezenberg, B. Winkens, Y. Heerkens, P. C. Dagnelie, J. A. Knottnerus: Towards a «patient-centred» operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study, in: *British Medical Journal Open* 6/1 (2016) e010091.

²⁸ J. L. Kincheloe: Critical Complexity and Participatory Action Research: Decolonizing «Democratic» Knowledge Production, in: D. Kapoor, S. Jordan (eds): *Education, Participatory Action Research, and Social Change: International Perspectives*, New York 2009, 107–121; P. Cilliers: Understanding Complex Systems, in: J. P. Sturmborg, C. M. Martin (eds): *Handbook of Systems and Complexity in Health*, New York 2013, 27–38.

²⁹ B. Lindström, M. Eriksson: Salutogenesis, in: *Journal of Epidemiology & Community Health* 59/6 (2005) 440–442; B. Lindström, M. Eriksson: Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development, in: *Health Promotion International* 21/3 (2006) 238–244.

The scission between benefits and threats from nature

Although OH acts as an integrating umbrella to talk about health, there appear to be two main opposing narratives around nature. One places emphasis on risks arising from nature such as infectious diseases, predators and pests, and is dominated by disciplines such as medicine, epidemiology and other health sciences. The other stream is concerned with the benefits of nature such as nature-based solutions against depression and allergies or ecosystem services, and is dominated by ecologists, sociologists, pedagogues or psychologists. There is increasing evidence that the microbiomes associated with exposure to nature are functional to produce these benefits. But even without explanatory causal links, a comprehensive conversation about the management of our environment requires a constructive dialogue between those two communities and viewpoints. To move from a struggle for prerogative of interpretation to a co-construction of understanding, it will be necessary to have more direct interaction and discourse between the different disciplines.

Will egoism define the boundaries?

Throughout conversations about participation in health governance, it became evident that the underlying assumption in NEOH was that, fundamentally, humans are willing to preserve their environment, are empathic and altruistic, beyond their generation and our own species to a degree sufficient to allow for a sustainable management. This assumption was contested by many people in and outside the network; often those less acquainted with participatory methods. It raises the question if participation requires some societal preconditions, which may not be given in highly individualised societies. Put in another way, participatory methods – as used successfully in the field of sustainable development – may help to make use of OH opportunities and to promote dialogue and solutions for intergenerational health if there is certain propensity among participants to engage, connect, reflect and change. It is expected, that economic activities that promote human well-being, sustainability and

justice will need to be coupled with a steady-state in economic growth respecting planetary boundaries. This is essentially the premise of ecological economics. The future will show whether people are willing to rethink today's concept of prosperity driven by continuous increase in economic growth. Data show that the link between income and life-satisfaction is only linear up to a certain point.³⁰ In some countries gross domestic product even contracts without a reduction of social parameters, such as unemployment rate.³¹ Given that the paradigm from which a system arises has a high leverage on the system outcomes, it appears intuitive that there are important drivers of well-being, health and disease rooted in our current shared values.³² It may be time for health professionals to engage in a broader conversation about societal values.

What are the values associated to health?

In the search for generic validity of concepts and frameworks, it goes unnoticed that we know very little about the lives of those who experience the complex entanglements between humans, animals, and ecosystems on a daily basis, and whose stewardship is decisive for change to occur. Although there are studies on more general values,³³ particularly the comparative value of health for oneself, people, animals and ecosystems has not been explored.

Do we need a biocentric social justice framework?

During the exploration of the links between social sustainability and OH, the importance of perspectives became also apparent for the notion of justice. While currently, with few exceptions justice is an anthropocentric notion, the aim of achieving interspecies health

³⁰ A. E. Clark, S. Flèche, R. Layard, N. Powdthavee, G. Ward: *The Origins of Happiness. The Science of Well-being over the Life Cycle*, London 2018.

³¹ Personal communication: Erik Gómez-Baggethun, Norwegian University of Life Sciences citing CIA world factbook.

³² D. H. Meadows, D. Wright (eds): *Thinking in Systems. A Primer*, Chelsea VT 2008.

³³ World Values Survey Association, World Values Survey, <http://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp> (accessed 28.02.2020).

equity as an outcome of OH, suggests that there may be a need to develop a framework for biocentric social justice.

Methodological gaps

Scalable participatory methods

So far, many participatory methods rely on workshops and group facilitation. In order to operationalize participation at larger scale, scalable tools must be developed. While these are available for, e.g. smart cities, in the field of OH this has not been developed. Furthermore, the call for transdisciplinarity would require interfaces from multiple perspectives and the facilitation of interactions across many social boundaries.

The OH skill set

While the skill set usually associated with public health, veterinary public health or conservation relies strongly on natural science, the observation in NEOH was that projects were rarely struggling with these. It appeared much more important to be equipped with skills unusual in the field such as non-violent communication, epistemology, history of science, macro-economics, system thinking, designing thinking, dealing with scales and non-equilibrium social sciences. Also, emphasis was put on reflection, dealing with ambiguity and uncertainty and critiquing own and others' paradigms.

Alternatives to legislation and market mechanisms

While we have discussed the concerns about the prescriptive nature of legislation earlier, market mechanisms are also failing to provide public health, animal welfare and environmental protection, as the latter are not restricted to tangible entities and not tradable. Impaired health and reduced resilience at all scales is often a result of cumulative behaviour. The current socio-ecological context does not seem to provide the appropriate feedback and incentives for sustainable behaviour. In the light of modern neuroscience and non-equilibrium social sciences, it appears to be an achievable

target to reflect on the processes and features needed in an SES for all life to thrive. Solutions may be found in ecological economics where concepts of de-growth, green growth, and similar are discussed to provide alternatives to the prevailing increasing economic growth theory. Daly observed that beyond some point, growth is uneconomic and that multiple «illth» and the costs thereof can increase faster than wealth.³⁴ Consequently, novel conceptualisations of growth and their measurement tools provide an opportunity for different narratives, research and strategies.

Unexpected benefits from the project

From the perspective of OH advocates the project has revealed that in other communities the wealth of literature on systemic approaches is growing rapidly and there are countless opportunities to cross-fertilise between different fields of application.

The COST Action generated a surprisingly strong interest. At its conclusion, over 250 participants were involved and interested in perpetuating the network beyond the funding period. It had formed a welcoming and highly inclusive community of practice with enormous potential for innovation. Many collateral conversations resulted in budding projects, and some of these conversations on framing, conceptualising and evaluating OH were captured in a dedicated eBook.³⁵

The project had brought many participants to the edge of their comfort zone, exploring disciplines and settling with a new perspective on their practice. This has emphasized the importance of providing a safe space for experimentation, dreaming and failing.

³⁴ H. E. Daly: The Illth of Nations and the Fecklessness of Policy: An Ecological Economist's Perspective, in: *Post-Autistic Economics Review* 22 (2003). Accessed 16.10.2020.
<http://www.paecon.net/PAERReview/issue22/Daly22.htm>

³⁵ S. R. Rüegg, S. C. Buttigieg, F. L. Goutard, A. Binot, S. Morand, S. Thys, H. Keune (eds): *Integrated Approaches to Health. Concepts and Experiences in Framing, Integration and Evaluation of One Health and Eco-Health*, Lausanne 2019.

It has revealed the tension between the academic and societal demands for infallibility and predictability versus the need for honesty, authenticity, humbleness and emotion to permit the full unfolding of human creativity.

Acknowledgements

This work was conducted in the frame of the COST Action TD 1404 «Network for Evaluation of One Health (NEOH)».

conexus 3 (2020) 8–25

© 2020 Simon R. Rüegg and Barbara Häsler. Dieser Beitrag darf im Rahmen der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 – Creative Commons: Namensnennung/nicht kommerziell/keine Bearbeitungen – weiterverbreitet werden.



<https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.003>

Dr. Simon R. Rüegg, Universität Zürich, Vetsuisse Fakultät, Winterthurerstrasse 270, 8057 Zürich

srueegg@vetclinics.uzh.ch

Dr. Barbara Häsler, The Royal Veterinary College, Hawkshead Lane, North Mymms, Hatfield, Hertfordshire, AL9 7TA, United Kingdom

bhaesler@rvc.ac.uk

Michael Hässig

Gesunde Tiere dank Antibiotika?

Der Darm von Kälbern und von Menschen wird von verschiedenen Bakterienarten besiedelt. Diese bilden ein fein aufeinander abgestimmtes Ökosystem. Von der Speiseröhre zum After nimmt dabei die Menge der Bakterien kontinuierlich zu.

Mastkälber erkranken vor allem bis zum Alter von sechs Wochen an Jungtierkrankheiten wie Pneumonie und Diarrhöe. Mastkälber werden zwischen Geburts- und Mastbetrieb, das heisst mit 7–28 Tagen, oft über mehrere Stationen verstellt. Dabei werden sie unabhängig vom Herkunftsort neu gruppiert. Diese Kälberumstellung in einer Zeit, in der das Risiko besteht, dass die Tiere erkranken, führt dazu, dass es in der industriellen Kälbermast – Kalbfleisch ist heute keine Delikatesse mehr, sondern ein Abfallprodukt aus der Milchproduktion – unter dem finanziellen Druck auf die Kälbermäster fast nicht ohne Antibiotika geht. Antibiotika töten dabei nicht nur pathogene, also krankmachende Bakterien ab, sondern auch die lebensnotwendigen Bakterien der Verdauung, was oft zu Folgekrankheiten führt. Im vorliegenden Artikel sollen daher Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie der Einsatz von Antibiotika reduziert werden kann.

Die neuen Massnahmen des Bundes, wie sie das Projekt «Strategie Antibiotikaresistenzen» (StAR)¹ mit verstärktem Gesundheitsmonitoring definiert, werden nur begrenzten Erfolg haben, weil die biologischen Gegebenheiten zu wenig berücksichtigt werden. Kälber kommen ohne humorale Antikörper, speziell Immunglobuline der

¹ <https://www.star.admin.ch/star/de/home.html> (27.5.2020).

Klasse G (IgG), auf die Welt und sind vorerst nur durch kolostrale Antikörper durch Aufnahme der ersten Milch innert zwölf Stunden nach der Geburt geschützt. Der Herkunftsort bestimmt dabei die Art und Anzahl verschiedener Antikörper im Kolostrum.

Die landwirtschaftliche Praxis in der Schweiz mit dem frühen Verstellen der Mastkälber in Mastbetriebe widerspricht dabei den biologischen Rahmenbedingungen – dies wegen der Risikozeit, in der die maternal erworbenen Antikörper mehrheitlich abgebaut sind und die Eigenproduktion noch nicht abgeschlossen ist.²

Als erstes muss man sich die Frage stellen, wieso es bei der Gattung der Rinder Krankheiten wie die durch Virus übertragene Maul- und Klauenseuche gibt, welche die höchste Übertragungsrate hat.³ Die Antwort liegt wahrscheinlich darin, dass eine Rinderherde in der Natur eine geschlossene Entität darstellt und nur der Stier, der gelegentlich wechselt, auch neues Erregergut von Herde zu Herde transferiert. Dabei besteht in der Herde eine immunologische Insel, die für ein Gleichgewicht zwischen Erregern und Abwehr- oder Immunsystem sorgt.⁴ Da die Kuh den innigsten Kontakt zum Kalb hat, ist die Wahrscheinlichkeit der Übertragung von Erregern zwischen Muttertier und Kalb am grössten. Etwas weniger hoch ist die Übertragungswahrscheinlichkeit innerhalb der Herde, und am geringsten ist sie in der Natur zwischen Herden. Die Kuh gibt dem neugeborenen Kalb dabei Abwehrkörper, vor allem IgG via Kolostrum ab, die sie gegen Infektionserreger im Bestand produziert hat. Das Kalb kommt im Gegensatz zum Menschen ohne pränatale Abwehrkörper von der Mutter auf die Welt, weil die Plazenta diese nicht durchlässt, und es muss diese eben mit dem

² Michael Hässig, Thomas Stadler, Hans Lutz: Transition from maternal to endogenous antibodies in new born calves, in: *Veterinary Record* 160 (2007) 234–235.

³ Douglas Charles Blood, James A. Henderson, Otto M. Radostits: *Veterinary Medicine*, Philadelphia 1979.

⁴ Otto M. Radostits, Douglas Charles Blood: *Herd Health. A Textbook of Health and Production Management of Agricultural Animals*, Philadelphia 1985.

Kolostrum aufnehmen. Die landwirtschaftliche Realität sieht jedoch ganz anders aus: Die immunologische Entität von Kuh und Kalb wird durch die permanente Einfuhr von neuen Erregern gestört – infolge von Zukäufen, Rückkehr von der Alpung und von Aufzuchtverträgen. Bei Aufzuchtverträgen werden Kälber bis zur Geburt zur Aufzucht aus den spezialisierten Milchproduktionsbetrieben in Aufzuchtbetriebe verstellt mit Rückkaufvertrag. Es konnte gezeigt werden, dass Kälber nur bis zum 7. Tag nach der Geburt durch die maternalen Antikörper geschützt sind, welche die Kälber durch das Kolostrum aufgenommen haben. Erst ab dem 42. Tag übernimmt die Eigenproduktion des Kalbes den immunologischen Schutz.⁵ Ab dem 42. Tag endet auch die Phase der Jungtier- oder Kälberkrankheiten.⁶ Zusätzlich zur Exposition durch den landwirtschaftlichen Tierverkehr besteht in der Kälbermast eine weitere Belastung: Die Mastkälber werden in der Regel mit 7–28 Tagen verstellt, wobei eine mehrfache Verstellung nicht unüblich ist, wie auch der Mix der Kälbergruppen, um ausgeglichene Gruppen bezüglich Alter und Gewicht zu erhalten. In Abbildung 1 sind die Krankheiten bei Kälbern dargestellt, wie sie sich in der Abteilung Bestandesmedizin der Universität Zürich ergeben.

In einem klinisch-epidemiologischen Ansatz – Kliniker behandeln Krankheiten, nicht Erreger – wurde nicht die Resistenz des Erregers geprüft, sondern die Resistenz der Krankheit.⁷ In der Regel wurden vor der Gabe von Antibiotika keine Resistenztests durchgeführt. Es konnte ein Zusammenhang zwischen Resistenz und Antibiotikaverbrauch festgestellt werden.⁸ Resistenzen nehmen antizyklisch zu und ab mit einer Periodizität von zehn Jahren.

⁵ M. Hässig, Th. Stadler, H. Lutz: Transition from maternal to endogenous antibodies in new born calves.

⁶ Michael Hässig, Gunter Wiese, Andreas Ewy, Thomas Lutz: Effizienz der Bestandesbetreuung in Milchviehbetrieben in der Schweiz, in: Schweizer Archiv für Tierheilkunde 147 (2005) 523–531.

⁷ Sabrina Eugster: Antibiotikaresistenz in Kälbermastbetrieben. Masterarbeit, Universität Zürich, 2012.

⁸ Swissmedic, Arch-vet 2007–2011, <https://www.blv.admin.ch/blv/de/home/tiere/tierarzneimittel/antibiotika/vertrieb.html> (6.6.2020).

In einem weiteren klinisch-epidemiologischen Ansatz wurde getestet, was ökonomischer für den Landwirt ist, die Trial-and-Error-Methode, also die Gabe eines Standardantibiotikums ohne weitere mikrobiologische Abklärungen, oder ein Resistenztest vor der gezielten Gabe von Antibiotika?⁹ Die traurige Bilanz ist, dass ein Resistenztest vor der Gabe von Antibiotika bei Diarrhöe-Problemen beim Kalb im Gegensatz zu Pneumonien, wie es *lege artis* durchgeführt werden sollte, den Landwirt mehr kostet als die Trial-and-Error-Methode. Der Landwirt muss in dieser Modellierung natürlich nicht für die externen Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen aufkommen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, wenn Antibiotika über längere Zeit nicht genutzt werden, nimmt deren Resistenz bei den Bakterien ab. Dies ist ein One-Health- oder Public-Health-Ansatz. Da die Produktion neuer Antibiotika bis zur Marktreife sehr kostenintensiv ist und auch lange dauert, wäre es womöglich sinnvoll, Antibiotika alternierend innerhalb von Wirkgruppen staatlich verordnet vom Markt zu nehmen, um sie später wieder wirkungsvoll einsetzen zu können. Antibiotika mit neuen Wirkmechanismen kommen nur sehr selten auf den Markt, sind teuer und daher in der Tierhaltung ungeeignet und sollten meist dem Menschen vorbehalten bleiben, da dort die Resistenzlage oft noch schlimmer ist als beim Tier, da beim Menschen das Auswahlpektrum grösser ist, die Kosten im Vergleich zum Tier vernachlässigbar und daher schneller auf neuste Produkte auf dem Markt zurückgegriffen wird. Resistenztests von Antibiotika stellen nicht nur Kosten für den Landwirt dar, die er irgendwie auf den Konsumenten abwälzen muss, sondern auch eine ökonomische Optimierung, da nach Resistenztest das billigste wirksame Antibiotikum eingesetzt werden kann und nicht auf die neuen der 3. oder 4. Generation angehörenden, oftmals als Reserveantibiotika deklarierten Antibiotika zurückgegriffen werden muss. Jedoch muss es dem Nutztierarzt weiterhin erlaubt sein, Antibiotika in akuten Fällen sofort – auch ohne mikrobiologische

⁹ Michael Hässig, Susanne Kretschmar: Evidence-Based Use of Antibiotics in Veal Calves with Diarrhea, in: *Open Journal of Veterinary Medicine* 6 (2016) 28–39.

Abklärung – verordnen zu dürfen, weil sonst meistens jegliche Therapie zu spät kommt, wenn man die Resultate der mikrobiologischen Untersuchung abwarten muss. Eventuell wird es in nächster Zukunft Resistenztests geben, die unmittelbar bei der Kuh durchgeführt werden können. Aber auch das Konsumentenverhalten muss sich ändern. Kalbfleisch muss zur Delikatesse mit entsprechenden Preisen werden. Dies würde erlauben, die Kälbermast auf dem Herkunftshof durchzuführen, was, wie oben aufgezeigt, zu einem drastischen Rückgang der Antibiotikagabe in der Kälbermast führen würde. Das Gros der Mastkälber sollte später mit mindestens acht Wochen Alter vom Geburtsbetrieb in den Mastbetrieb verstellt werden. Dies würde zu einer späteren Mastperiode führen. Damit die heutigen Kälbermäster davon leben können, müssten diese Kälber älter, wie in den USA als Baby-Beef mit einem Schlachalter von 9–12 Monaten, auf den Markt kommen, weil ein Mäster vom Fleischzuwachs zwischen Aufstallung und Schlachtung lebt. Damit aber die auf den Markt gebrachte Fleischmenge konstant gehalten werden kann, müsste weniger Endmast, also Mastmuni im Schlachalter um 18 Monate, und mehr Baby-Beef produziert werden, was die allgemeine Fleischqualität sogar erhöhen würde, weil Baby-Beef qualitativ zwischen Rind- und Kalbfleisch anzusiedeln ist. Diese Umstellung würde natürlich Investitionen bei der Infrastruktur nach sich ziehen, weil oft Umbauten nötig würden. Es müsste sich zeigen, ob Produzenten und Konsumenten diese Umstellung tolerieren würden. Auf jeden Fall darf es nicht zu Herodes-Kälbern kommen, um den Antibiotikaverbrauch zu reduzieren, so wie im Ausland, wo Kälber von spezialisierten Milchkühen unmittelbar nach der Geburt getötet werden. Die selektive Anwendung von Antibiotika reduziert die Resistenzen und erlaubt dennoch die langfristige Anwendung der vorhandenen Antibiotika.

Eine gezielte Anlehnung an die Vorgaben der Natur, indem die Jungtiere in der Herde belassen werden sollen, kann den Antibiotikaeinsatz reduzieren. Durch selektiven Einsatz von Antibiotika kann die Effizienz vorhandener Antibiotika sowie die Fleischqualität erhöht werden. Aber leider gibt es das alles nicht umsonst.

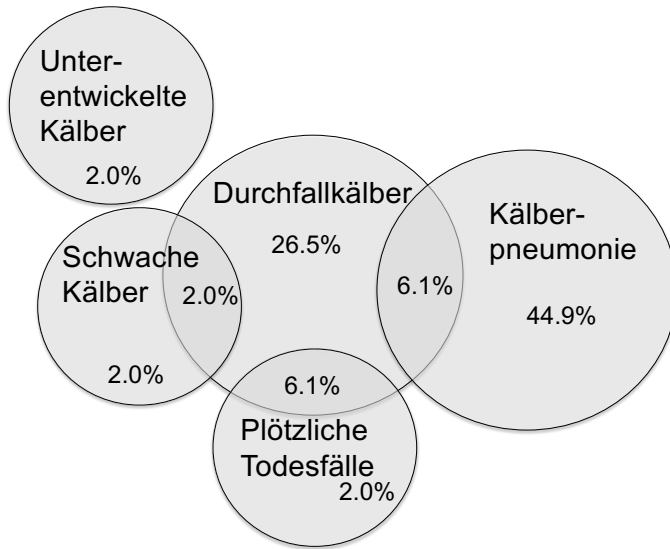


Abbildung 1: Kälberkrankheiten

conexus 3 (2020) 26–31

© 2020 Michael Hässig. Dieser Beitrag darf im Rahmen der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 – Creative Commons: Namensnennung/nicht kommerziell/keine Bearbeitungen – weiterverbreitet werden.



<https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.004>

Prof. Dr. Michael Hässig, Universität Zürich, Vetsuisse-Fakultät, Stabsstelle Nutztierdiagnostikzentrum, Winterthurerstrasse 204, 8057 Zürich
mhaessig@vetclinics.uzh.ch

Antje Heck, Eli Alon, Kyrill Schwegler
und Andreas R. Gantenbein
Opioide – Gefahren einer eindimensionalen
Schmerztherapie

In der Schmerztherapie sind Interdisziplinarität und eine gute Zusammenarbeit verschiedener Fachpersonen unabdingbar. Die Opioid-Krise in den USA ist aktuelles Negativbeispiel eines versagenden Therapieregimes. Opioide stellen nur einen sehr kleinen Anteil des integrativen Behandlungskonzeptes dar, und der Nutzen verschiedenster Therapieoptionen mindert den Opioid-Gebrauch und die möglichen damit verbundenen Probleme.

Eli Alon und Antje Heck haben zu diesem Thema auch in einer medizinischen Fachzeitschrift publiziert, dies aber vor dem schmerztherapeutisch-pharmakologischen Hintergrund und für ein ärztliches Publikum.¹ Die Texte sind nicht identisch mit dem vorliegenden Beitrag, der von vier Autoren aus Anästhesiologie, Klinischer Pharmakologie, Neurologie und Psychiatrie verfasst wurde. In der Publikation im *Informierten Arzt* fokussieren wir auf die Opioid-Krise, im vorliegenden Beitrag auf die Interdisziplinarität.

¹ Antje Heck, Eli Alon: Einsatz von Opioiden aus der Sicht der Schmerzspezialisten, Teil 1: Droht uns auch in der Schweiz eine Opioidkrise?, in: *Der informierte Arzt* 4 (2020) 31–34; Teil 2: Einsatz von Opioiden aus der Sicht des Schmerztherapeuten, in: ebd. 6 (2020) 23–26.

Die Opioid-Krise USA – droht ein ähnliches Szenario in der Schweiz?

Die Opioid-Krise in den USA gipfelte 2015 in einen starken Anstieg von Opioid-Abhängigen und damit verbundenen Todesfällen. 2016 wurden 42 000 Todesfälle in den USA durch Opioid-Überdosierungen verzeichnet. Die meisten Opfer waren von ihnen zunächst legal verschriebenen kurzwirksamen Opioiden abhängig geworden. Chronischer Schmerz ist häufig: 2018 waren hiervon in den USA 25 Millionen Menschen betroffen.² Ein aggressives Marketing einiger Pharmafirmen führte dazu, dass schnell anflutende Opioide einem breiteren Patientenkontext verschrieben und die Indikationen für diese Analgetika-Klasse, die vormals schweren oder präfinalen Krankheitsverläufen vorbehalten waren, auf leichtere, nozizeptive Schmerzen ausgeweitet wurden. Dies gelang aufgrund einer vergleichslosen und Opioid-verharmlosenden Marketingstrategie, die auf einer unhaltbar dünnen Datengrundlage fusste. Des Weiteren waren die «Pill Mills», also Kliniken oder Apotheken, die niederschwellig Opioide abgeben, wegbahnend für die Opioid-Krise.³

Zahlreiche so abhängig gewordene Patienten wichen in der Folge auf billigere und zum Teil auch illegal erworbene Opioide wie Fentanyl oder Heroin aus. Heute konsumieren schätzungsweise eine Million US-Amerikaner Heroin. Bei 80 Prozent von ihnen soll die Sucht mit legal oder illegal erworbenen Schmerzmitteln begonnen

² Berit Uhlmann: Opioid-Krise in den USA. Ein Land unter Drogen, in: Süddeutsche Zeitung, 26. Oktober 2017: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/suchtmedizin-ein-land-unter-drogen-1.3723553>

Katia M. C. Verhamme, Arthur M. Bohnen: Are we facing an opioid crisis in Europe?, in: The Lancet. Public Health 4/10 (2019) e483–e484.

³ Tatyana Lyapustina, Lainie Rutkow et al.: Effect of a «pill mill» law on opioid prescribing and utilization: The case of Texas, in: Drug and Alcohol Dependence 159 (2016) 190–197; What is the U.S. opioid epidemic? United States Department of Health and Human Services, Jan 22, 2019: <https://www.hhs.gov/opioids/about-the-epidemic/index.html>

haben.⁴ Weltweit sollen 2016 gemäss WHO 275 Millionen Menschen Opioid-abhängig sein, der grösste Teil davon abhängig von illegalen Drogen.⁵ Täglich sterben in den USA 130 Menschen an einer Überdosis eines verschriebenen Opioids. Als Reaktion wurde am 26. Oktober 2017 in den USA der medizinische Notstand ausgerufen.

Es stellt sich nun die Frage, ob eine Globalisierung der Opioid-Krise droht. Besteht eine ähnliche Gefahr auch für die Schweiz? In den USA hatten die Pharmariesen leichteres Spiel als hierzulande. Regularien sind laxer, das Versicherungswesen anders strukturiert. Zudem versuchen Mediziner dort häufiger, unrealistische Therapieziele wie zum Beispiel das Versprechen auf völlige Schmerzf়reiheit bei chronischen Schmerzerkrankungen zu erfüllen. Und nicht zuletzt wird in den USA betont auf pharmakologische Therapieoptionen gesetzt; für ein multimodales und interdisziplinäres Therapieregime fehlt häufig das Geld.

Schauen wir uns vor diesem Hintergrund also die aktuelle Handhabung der Opioid-Verschreibung in der Schweiz an. Eine Opioid-Krise wie in den USA scheint sich hier bisher nicht abzuzeichnen. Die Anzahl der an Opioid-Überdosis verstorbenen Menschen ist in der Schweiz von 2000 bis 2016 signifikant gesunken.⁶ Doch auch wie im restlichen Europa sind die Verbrauchszahlen von Opioiden seit Publikation der WHO-Schmerzleiter 1986 gestiegen. Zwischen 1985 und 2015 ist der schweizerische Opioid-Verbrauch von 18 auf 421 mg pro Person und Jahr angestiegen. Dies macht die Schweiz zum weltweit siebtgrössten Opioid-Konsumenten.⁷

⁴ B. Uhlmann: Opioid-Krise in den USA.

⁵ K. M. C. Verhamme, A. M. Bohnen: Are we facing an opioid crisis in Europe?

⁶ Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016, Geneva, World Health Organization 2018.

⁷ David Ruchad, Marc R. Suter et al: Opioid Consumption from 1985 to 2015. The Situation in Switzerland, with an International Comparison, in: *Revue Médicale Suisse* 14/612 (2018) 1262–1266.

Opioide – nur ein Puzzleteil in einer rationalen, multimodalen und indikationsgerechten Schmerztherapie

Opioide wirken gut, schnell und zuverlässig und werden daher gern verschrieben und meist auch gern eingenommen. Unbestritten und wahrscheinlich am wenigsten problematisch ist der Einsatz von Opioiden bei palliativen Patienten. Hier sind Schmerzreduktion und Verbesserung der Lebensqualität oberstes Therapieziel und eine all-fällige Abhängigkeit tritt in diesem Kontext eher in den Hintergrund.

Karzinomschmerzen zählen zu den etablierten Indikationen für Opioide. Auf diese zielte die Publikation der WHO-Schmerzleiter, gemäss der in einem Stufenschema zunächst Nicht-Opioide-Analgetika, dann leichte und letztlich potente Opioide verabreicht werden. Nicht-Opioide-Analgetika, Antiepileptika, Antidepressiva und Steroide werden bei Bedarf und Indikationsgerecht in allen Stufen kombiniert.⁸

Die Langzeitanwendung von Opioiden bei *nichttumorbedingten Schmerzen* hingegen stellt behandelnde Ärzte und die Betroffenen vor zahlreiche Herausforderungen. Hier gilt es, transparent und indikationsgerecht in Zusammenarbeit mit dem Patienten und den beteiligten Spezialisten eine sichere und wirksame Medikation zu etablieren. 2013 waren 7.4% einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von beeinträchtigenden, chronischen nichttumorbedingten Schmerzen betroffen.⁹ Nichttumorbedingte Schmerzen führen bei einem grossen Patientenanteil zur Einschränkung des physischen und psychischen Wohlbefindens, der Lebensqualität, der Arbeitsfähigkeit sowie zu hohen direkten und indirekten Gesundheitskosten. Als Reaktion wurden auch in Europa schwache und starke Opioid-haltige Analgetika vermehrt und über einen längeren Zeitraum verschrieben.

⁸ Organisation Mondiale de la Santé [World Health Organization]: *Traitement de la douleur cancéreuse*, Genève 1987.

⁹ Winfried Häuser, Fritjof Bock et al.: Clinical Practice Guideline. Long-Term Opioid Use in Non-Cancer Pain, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 111/43 (2014) 732–740.

Die Langzeitanwendung von Opioid-haltigen Analgetika bei nichttumorbedingten Schmerzen wird bei einer Diskrepanz zwischen breiter klinischer Anwendung und gleichzeitig lückenhaft vorhandener Evidenz kritisch diskutiert.¹⁰ Opioid-haltige Analgetika gelten als eine medikamentöse Therapieoption bei kurzfristigen, das heisst ein bis drei Monaten währenden Behandlungen von Arthrose-Schmerzen, diabetischer Neuropathie, postherpetischer Neuralgie sowie chronischem Rückenschmerz. Von einer Langzeittherapie (> 26 Wochen) profitiert nur ein Viertel aller Patienten.

Mögliche Indikationen für eine Langzeittherapie mit Opioid-haltigen Analgetika, zu denen eine ausreichende Evidenz besteht, umfassen Schmerzen bei Arthrose, diabetischer Polyneuropathie, Postzosterneuralgie und chronischen Rückenschmerzen. Für andere Schmerzsyndrome fehlt der Expertenkonsens und eine Behandlung müsste als individueller Therapieversuch bewertet werden.

Als Kontraindikationen gelten primäre Kopfschmerzen, Opioid-Abhängigkeit, Fibromyalgie-Syndrom, entzündliche Darmerkrankungen, chronische Pankreatitis sowie funktionelle und psychische Störungen mit dem Leitsymptom-Schmerz. Der niedrigste Evidenzlevel existiert für die Behandlung von Schmerzen nach Gehirnläsionen, nach Wirbelfrakturen bei manifester Osteoporose, bei rheumatischen Erkrankungen ausser rheumatoider Arthritis, chronischen postoperativen Schmerzen, Schmerzen bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit, bei Dekubitus oder Kontrakturen bei pflegebedürftigen Patienten. In diesen Fällen kann allenfalls ein individueller Behandlungsversuch mit Opioiden unternommen werden.¹¹

In der Betrachtung zu Langzeitstudien mit dem Thema Opioid-haltige Analgetika bei nichttumorbedingten Schmerzen müssen neben dem Studiendesign und dem Beobachtungszeitraum folgende

¹⁰ W. Häuser: Clinical Practice Guideline; Winfried Häuser, Frederik Wolfe et al.: Untying chronic pain. Prevalence and societal burdens of chronic pain stages in the general population – a cross-sectional survey, in: *BioMed Central Public Health* 14/352 (2014); Igor Kissin: Long-term opioid treatment of chronic nonmalignant pain: unproven efficacy and neglected safety? *Journal of Pain Research* 6 (2013) 513–529.

¹¹ W. Häuser: Clinical Practice Guideline.

Endpunkte berücksichtigt werden: *Wirksamkeit* (in Bezug auf Ausmass der Schmerzreduktion, verbessertem Befinden und Erhalten der Funktionalität), *Verträglichkeit* (Anzahl der Patienten, die die Studie wegen unerwünschter Wirkungen abbrechen mussten) und *Sicherheit* (Anzahl der schweren unerwünschten Wirkungen und Anzahl der Todesfälle).

Der Stellenwert einer Opioid-Therapie im Rahmen eines analgetischen Therapieregimes ist unbestritten; idealerweise kommen hier gezielt Substanzen zum Einsatz, die in ihrer Pharmakokinetik und Galenik auf das zugrundeliegende Schmerzsyndrom eingehen. So können orale, buccale oder transdermale Applikationsformen, retardierte oder rasch freisetzen Substanzen gewählt und auch kombiniert werden. Im Therapieverlauf wird die Indikation dann wiederholt reevaluiert, die Pharmakotherapie den aktuellen Bedürfnissen angepasst und möglicherweise auch rotiert werden, um Gewöhnung und Dosis-Eskalation zu vermeiden.

Ein breites Spektrum an Nicht-Opioid-Analgetika und Koanalgetika steht uns zur Verfügung und sollte primär oder additiv zum Zuge kommen. Evidenzbasiert sind hier vor allem der Einsatz von Antidepressiva und Antiepileptika bei chronisch neuropathischem Schmerz – diese Substanzen erzielen bei vielen Schmerzerkrankungen hervorragende Ergebnisse, und die Datenlage darf als sehr gut bezeichnet werden.¹² Auch Nicht-Opioid-Analgetika wie Paracetamol, Metamizol und nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) werden breit eingesetzt, wobei auch für diese Analgetika-Klassen weitestgehend Langzeitstudien zur Sicherheit bei chronischer Anwendung fehlen. Trotz breitem Einsatz bestehen zahlreichen Risiken auch unter diesen Substanzklassen.¹³

¹² Ian Gilron, Ralf Baron et al: Neuropathic pain. Principles of diagnosis and treatment, in: Mayo Clinic Proceedings 90/4 (2015) 532–545.

¹³ Antje Heck, Eli Alon: Nicht-Opioid-Analgetika in der Geriatrie, in: Der informierte Arzt 9 (2019) 33–37.

Opium-Abhängigkeit beim chronischen Schmerzpatienten

Wir unterscheiden die physische von der psychischen Abhängigkeit. Eine chronische Verabreichung von Opioiden führt zu Toleranzentwicklung – diese tritt im klinischen Kontext jedoch selten auf und kann durch ein entsprechendes Medikamentenmanagement (zum Beispiel eine Opioid-Rotation) meist verhindert werden. Zudem kommt es zu einer *physischen Abhängigkeit*. Ein plötzliches Sistieren führt zu einer Hyperaktivität des sympathischen Nervensystems (mit zum Beispiel Diarrhoe, Schwitzen, Blutdruckanstieg), gleichzeitigem Verlangen nach dem Opioid, verstärkten Schmerzen, zudem Magen-, Muskel- und Knochenschmerzen. Diese Symptomatik kann durch langsames Ausschleichen der Dosis verhindert werden.

Eine *psychische Abhängigkeit* ist charakterisiert durch negative Konsequenzen, die mit dem Opioid-Gebrauch einhergehen, wie Kontrollverlust, Tendenz zu inadäquater Dosissteigerung, Eingrenzung von Denken und Verhalten auf die Beschaffung. Wie hoch bei Schmerzpatienten in Europa das Risiko einer Abhängigkeit ist (Prescription Opioid Use Disorder, POUD), ist bisher nicht bekannt.¹⁴ Geschätzt wird, dass ca. 10–15 Prozent der chronischen Schmerzpatienten eine Sucht entwickeln.

Für eine psychische Abhängigkeit werden genetische und epigenetische Ursachen postuliert.¹⁵ Solange keine spezifischeren pharmakologischen Behandlungsoptionen für einzelne Schmerzsyndrome existieren, an denen aktuell wegen der Opioid-Krise rege geforscht wird, muss der Schmerztherapeut sein analgetisches Armamentarium kennen und einsetzen können.

¹⁴ Mark Kraus, Nicholas Lintzeris et al.: Consensus and Controversies Between Pain and Addiction Experts on the Prevention, Diagnosis, and Management of Prescription Opioid Use Disorder, in: Journal of Addiction Medicine 14/1 (2020) 1–11.

¹⁵ Nathan P. Coussens, G. Sitta Sittampalam et al.: The Opioid Crisis and the Future of Addiction and Pain Therapeutics, in: The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics 371/2 (2019) 396–408.

Chronische Schmerzerkrankungen: Ein komplexes Problem erfordert komplexe Lösungswege

Chronischer Schmerz ist ein erlernter Prozess. Es geht dabei nicht um den physiologischen, schnellen Schmerz, der uns vor Verletzungen oder Verbrennungen warnt und uns mit Aktivierung unserer Schutzreflexe vor grösserem Schaden schützt. Für diesen sinnvollen Schmerz sind gar extraschnelle Rezeptoren und Nervenfasern ausgebildet. Bei einer Schmerzerkrankung hat sich der Schmerz auf allen Ebenen verselbstständigt: nicht nur chemisch und biologisch, sondern auch psychisch. Es werden mehr chemische Impulse gesetzt, mehr Neurotransmitter freigesetzt und deren Rezeptoren überexprimiert; es fliesst mehr Information vom ursprünglich schmerzenden Körperareal in das Effektorgan Hirn. Somit sind schliesslich nervale Strukturen dermassen überlastet, dass regelrechte «Datenautobahnen» im peripheren Nervensystem und im Gehirn entstehen. Diese machen sich breit und überschreiben sogar angestammte Funktionen. Am Ende entstehen übergrosse nozizeptive Felder, deren Grösse das des ursprünglich schmerzenden Areals deutlich übersteigen und die die Empfindung «Schmerz» übermächtig bewusstwerden lassen. Der Schmerz ist chronifiziert. Aus dem physiologisch sinnvollen Schmerz wird der neuropathische Schmerz, der sich nicht mehr nur auf das repräsentierte Organ bezieht, sondern einen eigenen Krankheitswert erhält.¹⁶

Eine chronische Schmerzerkrankung steht damit am Ende eines physischen und psychischen Lernprozesses, auch wenn dieser unwillkommen ist. Der chronische Schmerz schützt nicht mehr vor einer akuten Bedrohung und hat somit seinen physiologischen Sinn verloren. Der Weg aus diesem Schmerz ist daher für den Patienten langsam und komplex und muss erlernt werden. Es erstaunt vor diesem Hintergrund nicht, dass unsere Herangehensweise als

¹⁶ Nanna B. Finnerup, Troels S. Jensen: Mechanisms of disease. Mechanism-based classification of neuropathic pain – a critical analysis, in: *Nature Clinical Practice Neurology* 2/2 (2006) 107–115.

Schmerztherapeuten kaum eindimensional, also zum Beispiel rein pharmakologisch, sein darf, um reelle Erfolgsaussichten zu haben. Und dass vor dem Hintergrund der komplexen Entstehungsmechanismen auch komplexe Lösungen gefunden werden müssen, deren Kenntnis und Umsetzung nicht mehr in der Hand eines einzelnen Therapeuten liegen können. Komplexität erfordert zwangsläufig Interdisziplinarität, die Fähigkeit zum Team-Play.

Werfen wir also kurz einen Blick zurück auf diejenigen, die es mit der Überflutung des Marktes mit Opioiden als Universalanalogetika vereinfachen wollten: Amerikanische Pharmafirmen, die auf schnelles Geld aus waren, indem sie die Risiken ihrer Produkte verharmlosten und gegen diejenigen anderer Analgetika ausspielten. Ärzte, die schnelle Erfolgsgeschichten schreiben wollten und von ebendiesen Firmen grosszügig entlohnt wurden. Und Patienten, die auf verschiedensten Ebenen zu wenige Ressourcen hatten, dies kritisch zu hinterfragen.

Komplexität und Interdisziplinarität in der Behandlung von chronischen Schmerzen

Übermässige Beschränkung und Simplizismen führen in der Schmerztherapie also nicht nur zu unbefriedigenden Ergebnissen, da sie zwangsläufig immer nur auf einen Teilaspekt der Problematik eingehen können. Sie können den Patienten sogar aktiv schädigen, wie wir in der Opioid-Krise anschaulich beobachten konnten, als Opioide die unkritische und gleichförmige Antwort auf verschiedenste Fragestellungen und Schmerzqualitäten und -quantitäten waren. Schmerz ist ein komplexer Prozess, der komplexe Lösungen erfordert. Und hier kommt die Interdisziplinarität ins Spiel. Denn glücklicherweise sind wir hier und heute in der Lage, aus zahlreichen pharmakologischen und therapeutischen Angeboten auswählen zu dürfen. Wenn wir es denn können.

Wahrscheinlich liegt genau hier der massgebliche Unterschied, der uns in der Schweiz vor den Gefahren einer globalisierten Opioid-

Krise schützt. Es geht dabei – neben Unterschieden bezüglich Ressourcen, Versicherungsstrukturen, pekuniären Voraussetzungen, Informationskultur – um den Kampf zweier Herangehensweisen: Einfachheit, die auf Gleichförmigkeit, Kontrolle und Reduktion setzt versus Vielfalt, die unterschiedliche Therapiekonzepte nicht als Bedrohung erlebt, sondern als wichtige Ressourcen für die Lösung eines Problems. Schmerzerkrankungen dürfen als komplexe Gebilde angesehen werden, die auf einer X-, Y- und Z-Achse verortet werden können und die daher auch nicht eindimensional angegangen werden dürfen. Ihre Behandlung erfordert Sorgfalt, Zeit, Tiefe und Durchhaltevermögen. Die Schmerztherapie in der Wissensgesellschaft ist eine informierte, aktuelle, hochkomplexe, fachgebietsübergreifende Angelegenheit und ein fluider Prozess. Sie ist kaum überschaubar, determiniert oder einfach, sondern lösungsorientiert und begleitet von Trial und Error.

Ist der Behandler hingegen von der Komplexität der gestellten Aufgabe überfordert, wenn ein hilfesuchender Patient nach jahrelangem Irren zwischen Therapeuten, Medikamenten und Operationen mit dicken Aktenstapeln vor ihm sitzt, dann kann es sein, dass er den Überblick verliert. Wenn er der Natur der Komplexität verfällt, die zu Vereinfachung, zu Simplizismen und punktuell drastischen Massnahmen verleitet. In diesem Kontext ist der Griff zu einem schnell und stark wirkenden Opioid verlockend. Kurzfristig ist Linderung in Sicht, aber die damit verbundenen langfristigen Probleme sind hier schnell verdrängt.

Wir müssen es uns also schwer machen. Was zunächst die Pharmakotherapie angeht, darf man an Einsteins berühmten Satz erinnern: «Man muss die Dinge so einfach wie möglich machen. Aber nicht einfacher.» Im Kontext der Schmerztherapie sollte uns dies daran erinnern, dass wir ein Armamentarium an Schmerzmitteln zur Verfügung haben, dieses aber auch kennen und anwenden können müssen. Und: Nur in den seltensten Fällen werden dann bei chronischen Schmerzerkrankungen Medikamente allein für eine Heilung ursächlich sein. Wir sollten auch hier bestens und aktuell über zur Verfügung stehende Optionen informiert sein. Last but not

least ist die Mitarbeit des Patienten vonnöten, um verlernte Funktionen wieder einzuüben, die durch den Schmerz gesetzten Grenzen zu überwinden und einen veränderten Umgang mit dem Schmerz zu erlernen.

Selbstverständlich sollten unsere therapeutischen Massnahmen auf evidenzbasierten Daten fussen, die die Basis für klinische Behandlungsempfehlungen stellen und die Grundlage für den therapeutischen Entscheidungsprozess liefern. Dennoch: In der Praxis beginnt die ärztliche Kunst bei der auf den einzelnen Patienten fokussierten und individualisierten Handlung. Unter Einbezug aller bisherigen eigenen und erlernten Erfahrungen, der vom Patienten kommunizierten individuellen Bedürfnisse und somit der integrierten Balance zwischen evidenzbasierter Medizin und anekdotischer Erfahrung. Zudem gilt es, nicht nur die Qualität «Schmerz» in seinem Ausmass zu mindern, sondern auch den Bedürfnissen des Patienten bezüglich seiner persönlichen Leistungsansprüche, seiner Funktionalität, Arbeitsfähigkeit und somit seiner generellen Lebensqualität gerecht zu werden. Individuell bestehen hier verschiedenste Ansprüche an den Schmerztherapeuten, denen er mit viel Gespür und Geduld nachgehen muss.

Die interdisziplinäre Schmerzsprechstunde am Universitäts-Spital Zürich

Hansruedi Isler (1934–2019) gründete 1966 die erste Kopfweh-spezialsprechstunde der Schweiz an der Klinik für Neurologie im UniversitätsSpital Zürich (USZ). Aus seinen Erfahrungen in Malaysia, wo er in den frühen 1970er Jahren eine neurologische Klinik mit aufbaute, und im Austausch mit anderen kopfschmerzinteressierten internationalen Neurologen erkannte er den Stellenwert dieser häufigen und damals noch verkannten neurologischen Störung. Es waren aber nicht nur die Kopfschmerz-, sondern auch andere Schmerzpatienten, die sein Interesse weckten. Er erkannte auch, dass gelegentlich eine Disziplin alleine die Problematik nicht

auflösen konnte und gründete so mit Kollegen der Anästhesie, der Rheumatologie und der Psychiatrie die interdisziplinäre Schmerzsprechstunde am USZ.¹⁷

Schmerz ist und bleibt – wie erwähnt – eine wichtige Schutzfunktion des Körpers: Schutz vor Verletzungen, aber auch Schutz nach Verletzung, um eine möglichst rasche (Selbst-)Heilung zu erreichen. Entsprechend ist es naheliegend, dass bei Schmerzen die allermeisten Patienten, aber auch viele ärztliche Kollegen, zuerst an eine organische Ursache denken. Mit dem neurologischen Wissen um die primären Kopfschmerzen ist es wiederum naheliegend, dass Schmerz auch in anderen Regionen als eigenständige, nicht direkt organische Krankheit vorkommen kann.

Die Aufgabe eines interdisziplinären Teams besteht nun darin, den verunsicherten Patienten möglichst früh im Krankheitsverlauf zu beruhigen, dass keine gefährliche oder schädliche Störung vorliegt und auch an eine nicht direkt organische Schmerzerkrankung gedacht werden sollte. Im Weiteren geht es vor allem darum, neben den biologischen die psychosozialen Faktoren zu beachten.

Ohne die nachfolgende Aussage mit wissenschaftlichen Studien zu belegen, scheint es logisch, dass ein paralleler Abklärungsprozess, der in einer gemeinsamen Beurteilung, aber vor allem auch in einem gemeinsam vorgeschlagenen weiteren Therapieweg liegt, seriellen, meist unauffälligen, spezialärztlichen Abklärungen bezüglich Wirksamkeit (Effizienz), Zweckmässigkeit (Wertschätzung und Ernstnehmen der Patienten, Beruhigen, Reduktion der Unsicherheit), aber auch Wirtschaftlichkeit überlegen ist.

Natürlich benötigt nicht jeder Patient mit Schmerzen eine interdisziplinäre Abklärung, denn multimodales Denken im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells ist durchaus auch in der Einzelperson denkbar. Jedoch können dadurch lange Odysseen von Schmerzpatienten, die nicht zuletzt auch versicherungsmedizinische Folgen

¹⁷ Corinne Wanner Schmid, Konrad Maurer, Daniel M. Schmid, Eli Alon, Donat R. Spahn, Andreas R. Gantenbein, Peter S. Sandor: Prevalence of medication overuse headache in an interdisciplinary pain clinic, in: *The Journal of Headache and Pain* 14/1 (2013) 4.

haben, durch frühzeitige interdisziplinäre Intervention vermieden werden.

Behandlungsoptionen in der integrativen Schmerztherapie

Eine erfolgreiche Schmerztherapie ist multimodal und somit selbstverständlich interdisziplinär. Wer kein Team-Player ist, ist als Schmerztherapeut fehl am Platz. Ein erfolgreicher Schmerztherapeut kennt sich aus im Dschungel zahlreicher Behandlungsoptionen, deren Chancen und Limitationen und begleitet den Patienten partnerschaftlich durch das komplexe Angebot.

Multimodale Konzepte berücksichtigen neben der Pharmakotherapie Optionen wie physikalische Massnahmen, Physiotherapie, interventionelle Schmerztherapie sowie ein breites Spektrum an verhaltenstherapeutischen Massnahmen mit edukativen Elementen und Coping-Instruktionen. Diese helfen einerseits, das Phänomen der chronischen Schmerzerkrankung zu verstehen und ermöglichen es andererseits dem Patienten, besser mit Schmerz, Anspannung und Stress umzugehen. Psychotherapie im engeren Sinne findet dann Anwendung, wenn psychosoziale und biographische Stressoren und Traumata vorhanden sind und wenn zusätzlich psychiatrische Begleiterkrankungen vorliegen.

Ein breites Abstützen auf mehrere Therapiesäulen hilft, den Analgetika-Bedarf zu minimieren und ein tragfähiges Therapieregime aufzustellen. Ziel einer multimodalen Schmerztherapie bleibt dabei – ausserhalb palliativer Indikation – die Wiederherstellung und Erhaltung der Funktionalität im Alltag. Dabei gilt als realistisches und erfolgreiches Therapieziel, wenn bei der Hälfte der chronischen Schmerzpatienten eine Schmerzreduktion um 50% erreicht wird.

Dazu kommt der moderne Patient, der nicht zu vergleichen ist mit demjenigen vor fünfzig Jahren. Der moderne Patient ist informiert, vernetzt und anspruchsvoll. Er sieht im Arzt keinen Halbgott in Weiss, sondern einen Dienstleister, der ihm möglichst in kurzer Zeit die bestmögliche Therapie angedeihen lässt. Auch sind die

Behandlungsziele andere. Während in der Schmerztherapie früher vor allem die Schmerzreduktion Ziel war, ist heute ein aktiver Lifestyle mit der Möglichkeit der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wichtiger denn je. Viele Patienten machen daher eher Zugeständnisse bezüglich ihres Schmerzes zugunsten einer erhaltenen Funktionalität. Sie bevorzugen beispielsweise langsam freisetzende Opioid-Pflaster, deren unerwünschte Wirkungen kaum spürbar sind statt schnell und stark wirkende Opioid-Zubereitungen mit akuten Nebenwirkungen. Und sie geben einem von einem erträglichen Schmerz begleiteten relativ aktiven Alltag den Vorrang vor einer Schmerzfreiheit in Immobilität und sozialer Ausgrenzung.

Mit dem Patienten müssen daher bei der ersten Konsultation Behandlungsziele vereinbart werden – eine komplette Schmerzfreiheit nach langjähriger Schmerzerkrankung zu erzielen, wird fast nie möglich sein. Umso wichtiger erscheint, dass dem mündigen und informierten Patienten Instrumente an die Hand gegeben werden, seine Schmerzerkrankung zu verstehen und er lernt, diese zu tragen. Dies ist nicht im Sinne von *Ertragen* zu verstehen: Der informierte Schmerzpatient sollte im aktiven Dialog mit seinen Bedürfnissen, seinen Möglichkeiten und Limitationen stehen.

Droht auch der Schweiz eine Opioid-Krise?

Die Antwort vorweg: Wir wissen es nicht, haben es aber als Schmerztherapeuten in der Hand, dies zu verhindern. Opioid-Verschreibungen und Opioid-Gebrauch nehmen auch in der Schweiz in den letzten Jahren massiv zu¹⁸ – dies in Einklang mit anderen europäischen Ländern. Die Indikationen, für die Opiode nun vermehrt verschrieben werden, sind auch hierzulande die nichttumorbedingten Schmerzzustände, obwohl eine diesbezügliche

¹⁸ Maria M. Wertli, Oliver Reich et al.: Changes over time in prescription practices of pain medications in Switzerland between 2006 and 2013: an analysis of insurance claims, in: BioMed Central Health Services Research 17/167 (2017).

Risiko-/Nutzenabwägung nicht immer positiv ausfällt. Zwischen 2006 und 2013 war in der Schweiz eine Zunahme der Verschreibung schwacher Opioide per 100 000 Personen um 13% und um 121% für starke Opioide zu verzeichnen. Unter den starken Opioiden wurde Fentanyl meistgebraucht mit einem Anstieg um 91% zwischen 2006 und 2013, gefolgt von Buprenorphin und Oxycodon. Der höchste proportionale Anstieg in der Einnahme von Morphin-Äquivalenten pro 100 000 Personen wurde für Methadon (+1414%) und Oxycodon (+313%) verzeichnet.

Zum Vergleich: In den vergangenen zwanzig Jahren liess sich in den USA ein 14-facher Anstieg der Verschreibung starker Opioide verzeichnen. Dieser ging einher mit einem erhöhten Risiko unintentioneller Überdosierungen. In Europa war dies weniger zu beobachten und das Risiko, durch eine chronische Opioid-Verschreibung abhängig zu werden, wird hierzulande als gering eingestuft.¹⁹ Ausnahme bildet vor allem die Fentanyl-Überdosierung, die in (Ost-)Europa häufiger für Todesfälle verantwortlich ist. In den USA waren dies vor allem Kombinationen aus Oxycodon oder Hydrocodon und Alprazolam. Die Toten, die in den Statistiken zur Opioid-Krise in den USA erfasst werden, haben in 75% der Fälle Opioide in Kombination mit Sedativa wie Alkohol, Benzodiazepinen oder Antihistaminika kombiniert. In Europa wird die Opioid-Krise daher auch als Phänomen der ökonomischen Misere in den deindustrialisierten Gegenden der USA wahrgenommen.²⁰

Genau zu differenzieren ist in diesem Kontext, ob Abhängigkeit und Überdosierung durch illegalen Drogengebrauch oder im Kontext einer schmerztherapeutischen Behandlung entstanden und erfasst sind. In Europa wird bei Eintritt in eine Entzugsbehandlung Heroin von 80% der Patienten als Droge konsumiert. Dies gefolgt

¹⁹ Daniel Ryser, Olivier Würzler: Wir haben keine Opioid-Krise. Wir haben eine Krise der Ignoranz, in: Republik, 16. Oktober 2018: <https://www.republik.ch/2018/10/16/wir-haben-keine-opioid-krise-wir-haben-eine-krise-der-ignoranz>

²⁰ Report of the International Narcotics Control Board for 2018, Vienna 2019: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2018.html>

von Methadon (8%), Buprenorphin (5%), Fentanyl (0.3%) und anderen Opioiden (7%).²¹ Heroin hat in der Schmerztherapie in Europa keinen wesentlichen Platz, so dass davon ausgegangen werden kann, dass der Grossteil von Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen eines illegalen Abusus und nicht einer Schmerztherapie vorkommt.

Eindeutig festzustellen ist aber, dass vor allem schnell anflutende Opioiden wie Oxycodon oder das Folgepräparat Oxycontin, die neben rascher Schmerzlinderung auch stärker das zentrale Belohnungszentrum aktivieren, eher abhängig machen als retardierte Präparate – sogar Dr. House, der es besser wissen sollte, war davon betroffen. Oxycodon wurde 1919 erstmalig in der Schmerztherapie verwendet. In Europa war die Substanz schnell reguliert, nur auf Betäubungsmittelrezept erhältlich und zwischenzeitlich aufgrund erhöhter Suchtgefahr sogar vom Markt genommen. In den USA hingegen war Oxycodon ununterbrochen auf dem Markt, gefolgt vom Folgepräparat der Familie Sackler, Oxycontin. Dessen Abhängigkeitspotential wurde verharmlost und die Substanz intensiv beworben; immense Geldsummen flossen in aktive Bewerbung und Zuwendungen an verschreibende Ärzte. Von seiner Markteinführung 1996 bis zum Jahr 2000 hatte seine Verordnung schon um das 18-fache zugenommen. Und Drogenabhängige entdeckten, dass man die Substanz gemörsert auch intravenös verwenden konnte – was zu zahlreichen akzidentellen Intoxikationen und Todesfällen führte. Eine positive Drogenanamnese zählt bei uns demnach auch zu den von den Leitlinien definierten Kontraindikationen für einen Einsatz von Opioiden. Nach dem Skandal um die Firma Purdue und Rekordstrafen, die sie wegen der unerlaubten Vermarktung von Oxycontin eingefahren hat, wird man in Europa kaum die gleichen Fehler machen.²² Schon aus regulatorischen Gründen wäre eine ähnliche Vermarktungspraxis hierzulande unmöglich.

²¹ Report of the International Narcotics Control Board for 2018, Vienna 2019.

²² Heike Buchter: Oxycontin. Die Pillendreher, in: Die Zeit, 29. November 2017: <https://www.zeit.de/2017/49/oxycontin-sackler-familie-pharmaindustrie-sucht>

Momentan warnen zahlreiche mehr oder weniger in der Schmerzbehandlung bewanderte Therapeuten vor Opioiden: Diese seien gefährlich und verantwortlich für eine Flut vermeidbarer Todesfälle; deshalb solle man diese Substanzklasse komplett verbieten. Dabei fällt auf, dass diese Kritik häufig von Therapeuten kommt, die alternativmedizinisch arbeiten und die auf diese Weise ihre Angebote promoten und/oder wenig mit der Behandlung chronischer und schwer betroffener Schmerzpatienten zu tun haben. Dazu ein simpler Vergleich: Antibiotika, Benzodiazepine oder Insulin sind wertvolle Medikamente, solange man sie indikationsgerecht, gezielt, wohldosiert und gemäss geltenden Therapierichtlinien einsetzt. Bei einem Zuviel oder bei unkritischer Verwendung sind diese Substanzen gefährlich – dennoch würde niemand behaupten, diese Substanzen seien so riskant oder schädlich, dass man sie generell nicht mehr verwenden dürfe. Analog gilt für Opioide: Diese Substanzklasse ist wirksam und bei kundiger Anwendung halten sich die Gefahren in Grenzen.

Opiatsicherheit in der Schweiz

Dass sich die Opioid-Krise in den USA entwickeln konnte, ist eine traurige, aber nachvollziehbare Tatsache. Es stellt sich die Frage, was wir aus den gemachten Erfahrungen lernen und wie wir verhindern können, dass sich in der Schweiz gleiches wiederholt. Nehmen wir dazu drei Positionen ein: diejenige des Arztes, die des Patienten und die des Gesetzgebers.

Was kann der Arzt tun, damit nicht zu viele Opioide verschrieben werden?

Der informierte Arzt stellt die Indikation für Opioide eng, das heisst nach geltenden Therapieempfehlungen und nach Ausschöpfung aller verfügbaren und sinnvollen Optionen, welche pharmakologische und nichtpharmakologische Therapien umfassen. Er vereinbart mit dem Patienten klare und erreichbare Therapieziele sowie regelmässige Konsultationen zur Reevaluation. Retardpräparate, die nach einem fixen Dosierungsschema eingenommen werden, sind

schnell anflutenden Galeniken vorzuziehen. Diese sollten als Reserve-medikation Schmerzspitzen vorbehalten sein. Über potenzielle unerwünschte Wirkungen und Risiken muss der Patient ausführlich aufgeklärt werden, dies inklusive des Suchtrisikos. Es wird Kontakt zu mitbehandelnden Ärzten gesucht und vereinbart, in wessen Hand die Pharmakotherapie liegt.

Was kann der Patient tun, damit er nicht abhängig wird?

Wichtig ist, dass zu Beginn der Behandlung Behandlungsziele vereinbart werden, dies möglichst schriftlich. Ist die dann durchgeführte Behandlung nicht zielführend – sind die eingesetzten Opiode beispielsweise nicht ausreichend schmerzlindernd – soll ein neues Therapieregime entworfen, vereinbart und angewendet werden.

Der Patient muss realistische Therapieerwartungen haben – bei langjährigen schweren Schmerzerkrankungen ist eine völlige Schmerzfreiheit ein unrealistisches Ziel. Schmerzreduktion, Funktionalitätsverbesserung oder manchmal auch nur eine bessere Schmerzverarbeitung sind oft die realistischen Ziele.

Zudem darf der Patient nicht an verschiedenen Orten Medikamente beziehen, sich nicht von mehreren Ärzten Medikamente verschreiben lassen. Der behandelnde Arzt ist darüber genau zu informieren, wer in die Therapie einbezogen ist und welche Massnahmen getroffen wurden. Offene Kommunikation und eine intakte Patienten- / Arztbeziehung sind mandatorisch.

Und der Patient darf – was selbstverständlich sein sollte – keine illegalen Substanzen zusätzlich konsumieren. Auch über einen Cannabis-Konsum sollte der Behandler informiert sein.

Was kann der Gesetzgeber tun, damit Opiode nicht übermässig verschrieben werden?

Die Opioid-Verschreibung in der Schweiz ist klar geregelt und findet eine optimale Balance zwischen der kontrollierten Verschreibung und problemlosen Erhältlichkeit für medizinische Zwecke.²³

²³ Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz BetmG) vom 3. Oktober 1951 (Stand am 1. Februar 2020).

Erleichternd wäre, wenn Patientendaten auf einer Karte gespeichert wären, aus denen ersichtlich ist, was der Patient im individuellen Fall schon von wem verschrieben bekommen hat – nicht nur in Bezug auf Opioide, sondern auch auf andere, möglicherweise interagierende Substanzen, von denen der Verschreibende Kenntnis haben sollte. Eine erhöhte Transparenz könnte hier zu verbesserter Arzneimittel- und damit Patientensicherheit führen. Pharmazeuten und Versicherer arbeiten schon lange an entsprechenden Lösungen, welche vor allem aus datenschutzrechtlichen Gründen bisher nicht realisiert sind.

Eli Alon hat schon vor zwanzig Jahren Richtlinien für die Opioid-Langzeittherapie chronischer Schmerzen entwickelt, die auch heute noch, gerade vor dem Hintergrund der Opioid-Krise in der USA, Gültigkeit haben:

1. Alle kausalthérapeutischen Massnahmen sind auszuschöpfen, bevor Opioide in Betracht gezogen werden.
2. Ein einziger Arzt mit möglichst viel Erfahrung sollte die Verantwortung für die Behandlung tragen.
3. Patienten müssen über die Art der Medikation sowie Nebenwirkungen informiert sein und der Behandlung zustimmen.
4. Die Analgesie ist nur Teil eines abgestimmten Therapiekonzeptes. Dazu gehören ebenfalls vermehrte körperliche Aktivität, physische und soziale Integration sowie eventuell auch ein Rehabilitationsprogramm.
5. Suchtverhalten in der Anamnese ist eine relative Kontraindikation für die Opioid-Behandlung.
6. Das Basis-Opioid sollte nach einem festen Zeitplan und nicht nach Bedarf gegeben werden
7. Bei Bedarf kann die basale Dosis vorübergehend mit kurzwirksamen Substanzen augmentiert werden.
8. Anfänglich sollten die Rezepte jeweils wöchentlich ausgestellt werden, später sind längere Intervalle möglich.
9. Ungewöhnliche Dosissteigerungen müssen abgeklärt werden.

10. Verlauf der Schmerzbehandlung, besonders Wirkung, Nebenwirkungen, Befinden und Verhalten des Patienten sind exakt zu dokumentieren.²⁴

Opioide nehmen einen unverzichtbaren Stellenwert in einer modernen, multimodalen Schmerztherapie ein. Angst ist bei der Handhabung von Opioiden fehl am Platz, ein gesunder Respekt des Verschreibers allerdings angebracht. Gezielte Diagnosestellung, das Beherrschen des pharmakologischen Armamentariums, leitlinienkonforme Behandlung und Definition verbindlicher Therapieziele sind ebenso Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung des chronischen Schmerzpatienten wie das Ausschöpfen nichtpharmakologischer Behandlungsoptionen (Psychotherapie, Physiotherapie, physikalische Methoden). Ebenso helfen Nicht-Opioid-Analgetika und Koanalgetika wie Antiepileptika und Antidepressiva, den Opioid-Bedarf zu minimieren. Denn auch hier gilt: So wenig wie möglich, so viel wie nötig.

Der Funktionalität und der Lebensqualität des Patienten gilt dabei mindestens gleich grosse Aufmerksamkeit wie der Schmerzreduktion. Regelmässige Kontrolluntersuchungen mit engmaschiger Begleitung des informierten Patienten sind Voraussetzungen, das Risiko eines unkontrollierten Opioid-Gebrauchs mit entsprechenden Folgen, wie sie sich in der Opioid-Krise der USA gezeigt haben, in der Schweiz zu verhindern.

²⁴ Winfried Powollik: Opioide sind nicht 1. Wahl, aber häufig unverzichtbar, in: Beilage Medical Tribune 49 (2018).

conexus 3 (2020) 32–52

© 2020 Antje Heck, Eli Alon, Kyrill Schwegler und Andreas Gantenbein. Dieser Beitrag darf im Rahmen der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 – Creative Commons: Namensnennung/nicht kommerziell/keine Bearbeitungen – weiterverbreitet werden.



<https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.005>

Dr. Antje Heck, Psychiatrische Dienste Aargau, Königsfelderstrasse 1, 5210 Windisch

antje.heck@pdag.ch

Prof. Dr. Eli Alon, Arzthaus Zürich City, Lintheschergasse 3, 8001 Zürich

eli.alon@arzthaus.ch

Dr. Kyrill Schwegler, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universitätsklinik für Neurologie, Freiburgstrasse, 3010 Bern

kyrill.schwegler@insel.ch

PD Dr. Andreas R. Gantenbein, RehaClinic Zurzach, Quellenstrasse 34, 5330 Bad Zurzach

a.gantenbein@rehaclinic.ch

Werner M. Egli
Welche Krankheiten heilen Schamaninnen?
Beispiele aus dem Himalaya-Raum

Wenn wir wissen wollen, welche Krankheiten Schamaninnen behandeln und allenfalls heilen können, müssen wir zuerst klären, was Schamanismus ist und worin seine Wirksamkeit bestehen kann.¹ Der Fokus aufs schamanische Ritual und seine mögliche Wirksamkeit wird uns zu einer Minimaldefinition von Schamanismus führen, die im Zusammenspiel von schamanischem *Embodiment*, der Herstellung einer dichten Atmosphäre, einem symbolischen *Framing* und der nicht-alltäglichen Kommunikation im Ritual gründet. Ein kleiner Exkurs zu einer in der Ethnomedizin gängigen Unterscheidung zwischen zwei Typen von Krankheit und ihrer je unterschiedlichen Erklärung und Behandlung wird uns dann erlauben, sowohl die allgemeinen als auch die kulturspezifischen Krankheiten, die im schamanischen Ritual geheilt werden können, besser zu erfassen. An drei ethnographischen Beispielen aus Nepal werde ich sodann aufzeigen, dass die schamanische Behandlung von Krankheiten und die Art dieser Krankheiten vor allem auch von sozio-strukturellen Merkmalen des Kontextes abhängen. Da sich selten exaktere kulturspezifische Bezeichnungen dieser Krankheiten finden lassen, sondern diese Krankheiten meist erst im Verlauf des Rituals genauer bestimmt werden, liegt der Schwerpunkt meiner Ausführungen auf der Forschungsperspektive, in der

¹ Ich spreche von Schamaninnen, weil sie global gesehen gegenüber Schamanen in der Überzahl sein dürften.

sich dieser Prozess nachvollziehen und die im Titel gestellte Frage beantworten lässt.

Zur Geschichte der Schamanismusforschung

Schamanismus ist ein Allerweltsbegriff. Als er im 17. Jahrhundert durch Reiseberichte über Sibirien und Lappland in den gelehrten Diskurs Westeuropas Eingang fand, galten Schamaninnen als Magierinnen, Zauberdoktorinnen oder Exorzistinnen. Obwohl als irrationale Figuren betrachtet, wurde ihrem als bizarr geschilderten Verhalten Wirksamkeit zugeschrieben. So wurde etwa angenommen, dass die Schweden ihre militärischen Erfolge im Dreissigjährigen Krieg unter anderem der magischen Unterstützung samischer Schamanen verdankten. Die Frage nach der Wirksamkeit schamanischen Tuns beschäftigt die Schamanismusforschung bis heute.

Wissenschaftshistorisch wurde diese Wirksamkeit zuerst in *religiöser* Hinsicht angenommen: in einem besonderen Geisteszustand, der Ekstase oder Trance, soll die Schamanin zum Wohle ihrer Gemeinschaft zwischen diesseitigen und jenseitigen Mächten vermitteln können. Man kann hier auch von der Annahme einer Wirksamkeit der Symbole sprechen. Prototyp dieses Ansatzes ist das Konzept von Mircea Eliade,² der eine ebenso nachhaltige wie einseitige Idee des Schamanismus entwickelt hat. Eliade beschränkte sich weitgehend auf die Person der Schamanin, ihre Rekrutierung, ihren Geisteszustand, die Techniken, diesen herbeizuführen, sowie schamanische Paraphernalia, kosmologische Vorstellungen und symbolische Handlungen.

Seit den 1960er Jahren wird angenommen, dass schamanisches Tun auch in *psychologischer* – insbesondere kognitions- und bewusstseinspsychologischer – Hinsicht und teils auch in *physiologischer* Hinsicht wirksam sein kann. Und seit den 1970er Jahren wird

² Mircea Eliade: *Le Chamanisme et les Techniques archaïques de l'Extase*, Paris 1951.

vermehrt eine Wirksamkeit auch in *sozialer* Hinsicht angenommen: Schamaninnen wurden politische und rechtliche Funktionen zugeschrieben oder auch nur die Funktion von Unterhalterinnen. Schamaninnen wurden so im Laufe der Zeit abwechselnd als Priesterinnen, Magierinnen, Medien, Hellseherinnen, Heilerinnen, Naturärztinnen, Psychotherapeutinnen, politische Führerinnen oder Ratgeberinnen, Richterinnen, Mediatorinnen, Künstlerinnen oder *Show Women* betrachtet.

Ritual als Fokus aktueller Schamanismusforschung

Alle diese Ansichten über Schamaninnen treffen insofern zu, als sie *einen* der Aspekte hervorheben, die in ihrer Gesamtheit das schamanische Ritual charakterisieren. Eine der wichtigsten Erkenntnisse in der rezenten Schamanismusforschung ist die, dass das schamanische Ritual im Mittelpunkt der Betrachtung stehen sollte und weniger die Person der Schamanin, ihr Bewusstseinszustand oder ihre Interaktion mit nur *einer* Person.³ Auch forschungstechnisch ist diese Verschiebung des Schwerpunktes bedeutsam, verlangt sie doch die exakte ethnographische Erfassung solcher Rituale, vorzugsweise auf Basis der für die Ethnologie typischen teilnehmenden Beobachtung, oder – wie es angesichts der Tatsache, dass es sich bei schamanischen Ritualen stets um sinnliche Spektakel handelt – besser heissen sollte: der beobachtenden Teilnahme, also einer Methode, die alle Sinne zur Gewinnung von Daten einsetzt und so den Forscher einschliesslich seines Körpers zum Forschungsinstrument macht.⁴ Eine weitere methodische Neuerung besteht darin, nicht nur auf Vergleiche punktueller Art abzustellen, sondern auf Vergleiche ganzer komplexer Rituale, aber zugleich Vergleiche ihrer unmittelbaren Kontexte und auch Vergleiche auf

³ Vgl. z.B. Michael Oppitz: Analogies, Variations, Chance. Comparing Local Shamanisms, in: *Shaman* 25 (2017) 61–91.

⁴ Vgl. z.B. Sarah Pink: *Doing Sensory Ethnography*, London 2009.

sozio-struktureller Ebene. Die neuere Betrachtungsweise hat auch zur Annahme geführt hat, dass es *den* Schamanismus nicht gibt, sondern nur Schamanismen.⁵

Eine der ersten Theorien mit Fokus aufs schamanische Ritual und seinen Kontext entwickelte Roberte Hamayon.⁶ Am Beispiel sibirischer Gesellschaften versuchte sie zu zeigen, wie sich deren Sozialstruktur und insbesondere die ökonomisch wichtige Jagd in der schamanischen Symbolik ausdrückt und im Ritual kollektiv inszeniert und vom Einzelnen verinnerlicht wird. Dies entspricht ziemlich genau der klassischen Religionstheorie Émile Durkheims, gemäss der die Funktion des Rituals in der Aufrechterhaltung der Sozialstruktur durch Verpflichtung des Einzelnen auf soziale Normen besteht. Letztere sollen gemäss Durkheim insbesondere durch sinnliche Erfahrung verinnerlicht und reproduziert werden, was durch diese Erfahrung im Kollektiv – Durkheim sprach von *effervescence collective* – noch verstärkt werde.⁷

Diesen Gedanken Durkheims verfolgte Hamayon leider nicht weiter, sondern behauptete vorschnell, dass Trance im Schamanismus eine untergeordnete Rolle spiele und nur eine typisch westliche Projektion sei, mit der dem Schamanismus die Rationalität abgesprochen werde.⁸ Damit schüttete sie jedoch das Kind mit dem Bade aus, denn zwar scheint es nicht primär um die Trance der Schamanin zu gehen, wohl aber um jene *aller* am schamanischen Ritual Beteiligten. Und die Voraussetzungen für deren Trance verstehen Schamaninnen mit ihren rituellen Techniken, wie sie weiter unten beschrieben werden, zu erzeugen.

⁵ Jane Atkinson: Shamanisms Today, in: Annual Review of Anthropology 21 (1992) 307–330.

⁶ Roberte Hamayon: La chasse à l'âme, Nanterre 1991.

⁷ Émile Durkheim: Les formes élémentaires de la vie religieuse, Paris 1912, 517–539.

⁸ Roberte Hamayon: «Ecstasy» or the West-Dreamt Siberian Shaman, in: Helmut Wautischer (ed.): Tribal Epistemologies, Brookfield 1998, 175–187.

Körper und Atmosphäre im schamanischen Ritual

Wichtiger als die von Hamayon unterstellte integrative Funktion schamanischer Rituale durch ihre symbolische Wirksamkeit erscheint, dass es sich bei diesen Ritualen stets um kollektive sinnliche und im weiteren Sinne körperliche Erlebnisse handelt. Besonders eindrücklich hat dies Martino Nicoletti am Beispiel des schamanischen Rituals der Kulunge-Rai in Nepal aufgezeigt. Ich zitiere etwas ausführlicher aus seinen Werken, um die Körperlichkeit des schamanischen Rituals hervorzuheben: «For a whole night, a body was the protagonist of a rite.»⁹ Schamanismus ist nach Nicoletti

a religion entirely built on one person, able to transform any dwelling into a temporary shrine [...] only the body can become a temple. Only the body, the only place of cult always available for a *sacrum* that chooses to show its living aspect, through living matter. The entire shamanic building is founded on the body. The body itself *is* the building. The shaman's task is to coagulate a presence. The power to condense a reality inside the space, employing his own body as the only catalyst.¹⁰

Unter dem Titel «A Body that Cures Other Bodies» fährt Nicoletti fort:

[...] the shamanic cure aims at re-establishing order within the patient's psycho-physical structure. It puts things in order and re-establishes an equilibrium.¹¹

Und unter dem Titel «Persons Watching a Body in Motion» stellt Nicoletti sodann fest:

The *séance* is a public rite, each time attracting a great number of persons, who come to watch this ritual spectacle. Not as accessories, but as necessary and integral part of the office, which is, indeed, inconceivable without an audience. [...] Words withdraw, allowing the officiant's

⁹ Martino Nicoletti: *Shamanic Solitudes: Ecstasy, Madness and Spirit Possession in the Nepal Himalayas*, Kathmandu 2006, 97.

¹⁰ Ebd., 98.

¹¹ Ebd., 116.

body to take over, transforming the *séance* into an essentially sensorial spectacle.¹²

Aufgrund dieser absoluten Voraussetzung des Körpers, seines Einsatzes als tanzendes, gestikulierendes, singendes, trommelndes und alle Sinne der Ritualteilnehmer auf sich ziehendes Medium, nennt Jürgen Kremer die Schamanin eine multisensuelle Designerin.¹³ Was sie mit ihrem Körper kreiert, ist aus der Sicht – oder besser: in allen sinnlichen Wahrnehmungsmodi – der an einer schamanischen *Performance* Teilnehmenden ein temporärer multisensueller Erfahrungsraum, oder: eine Atmosphäre. Atmosphäre meint ja eigentlich nichts anderes, als eine zugleich mit mehreren Sinnen wahrgenommene, uns umgebende, meist nur temporäre Umgebung oder Umhüllung.¹⁴ Für die Atmosphäre im Allgemeinen lässt sich dazu noch anmerken, dass sich jeweils nicht mit Bestimmtheit sagen lässt, ob sie nun objektiv gegeben ist oder nur subjektiv wahrgenommen wird: Subjekt und Objekt der Wahrnehmung lassen sich nicht klar unterscheiden. Und für die schamanische Atmosphäre im Besonderen gilt, dass es sich um eine dichte Atmosphäre handelt, der wir uns nur schwer entziehen können. Sie ist meist so attraktiv, dass wir ihr körperlich kaum widerstehen können. Auch gegen unseren Willen und unsere bewussten Absichten und Widerstände werden wir meist in sie hineingezogen. Selbst der Aussenstehende, der gar nichts von der Kultur versteht, in der das Ritual stattfindet, kann diese Erfahrung oft machen. Ich gehe davon aus, dass genau dieses unwiderstehliche Eintauchen in eine dichte Atmosphäre die Teilnehmenden an schamanischen Ritualen in einen mehr oder weniger tiefen Zustand der Trance versetzt.

Sowohl die genannten allgemeinen Eigenschaften von Atmosphären als auch die besonderen Eigenschaften der dichten schamanischen Atmosphäre basieren auf dem menschlichen Körper,

¹² Ebd., 121 u. 125.

¹³ Jürgen Kremer: Trance als multisensuelle Kreativitätstechnik, in: Peter Luckner (Hg.): Multisensuelles Design, Halle 2003, 591–620.

¹⁴ Gernot Böhme: Atmosphäre, Frankfurt a.M. 1995.

der zugleich Subjekt und Objekt der Sinneswahrnehmung ist und über den alle Menschen in gleicher Weise verfügen. Insofern sich der Körper in diesem Prozess nicht auf ein Objekt reduzieren lässt, auf Fleisch, Knochen usw., sondern ein lebendiger, in der Welt agierender und mit anderen Körpern interagierender Körper ist, sollte im Sinne der Phänomenologie besser von Leib gesprochen werden, oder, wie es sich im Englischen eingebürgert hat, von *Embodiment*.¹⁵

Symbolisches *Framing* und nicht-alltägliche Kommunikation im schamanischen Ritual

Der sensationelle Körpereinsatz der Schamanin oder das schamanische *Embodiment*, Atmosphären im Allgemeinen und die dichte Atmosphäre des schamanischen Rituals im Besonderen wie auch die durch Letztere hervorgerufenen Trancezustände, haben immer auch kulturspezifische symbolische Aspekte. Und gerade die Ununterscheidbarkeit von Subjekt und Objekt in der Atmosphäre scheint Symbolen und symbolischen Handlungen Wirksamkeit zu verleihen, insofern sie sie als natürlich erscheinen lässt.¹⁶ Zudem markieren diese Symbole eine Grenze zwischen alltäglicher und nicht-alltäglicher sozialer Praxis, wobei es weniger um klare Bedeutungsunterschiede, sondern eher um einen Rahmen zur Interpretation von Bedeutungen geht.¹⁷

In der dichten Atmosphäre des schamanischen Rituals, unterstützt durch symbolisches *Framing*, das kosmologische Vorstellungen,

¹⁵ Vgl. z.B. Thomas Csordas: *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, in: *Ethos* 18/1 (1990) 5–47.

¹⁶ Vgl. z.B. Bernhard Leistle: *Sinneswelten. Eine phänomenologisch-anthropologische Untersuchung marokkanischer Trancerituale*. Dissertation, Universität Heidelberg 2007.

¹⁷ Vgl. Don Handelman: *Framing*, in: Jens Kreinath et al. (ed.): *Theorizing Rituals*, Leiden 2006, 571–582.

Texte, Lieder und Formeln, sowie Gesten, Tänze und Ritualinstrumente umfassen kann, entstehen temporäre soziale Räume, in denen verschiedene Formen nicht-alltäglicher Kommunikation möglich werden. Sei dies, dass Menschen miteinander ins Gespräch kommen, die sonst nicht miteinander kommunizieren, weil sie sich fremd, feindlich gesinnt oder von sehr unterschiedlichem sozialem Status sind; sei dies, dass schon das Ansprechen von Problemen im Alltag zu Konflikten führen würde, die eine Fortsetzung der notwendigen Kooperation gefährden könnten. In den durch das schamanische Ritual geschaffenen Pausen vom Alltagsleben können erfahrene Alte und unwissende Kinder, Frauen und Männer, Insider und Outsider, Schamaninnen und aus einer anderen Kultur stammende Ethnologen meist auf Augenhöhe miteinander kommunizieren und Probleme und Konflikte thematisieren und zuweilen auch lösen.

Obwohl an Normen – oft personifiziert in Form übernatürlicher Wesen – orientiert, erhält das Individuum im Ritual meist die Chance, seine persönlichen Ansichten, Interessen und Wünsche zu artikulieren, etwa indem es den übernatürlichen Wesen, die von ihm Besitz ergreifen, als Sprachrohr dient. Besessenheit scheint nichts anderes zu sein als diese Art indirekte Kommunikation, wenn sie körperlich dramatisch in Szene gesetzt wird. Wie Michael Lambek meint, ist Besessenheit eine spezifische Kommunikationsform, mit der sich ein Individuum in einer Art geschütztem Raum äussern kann.¹⁸ Schamanische Rituale oder zumindest gewisse Abschnitte in ihrem Ablauf bieten also tendenziell offene und versöhnliche, tolerante und egalitaristische und ebenso aufs Kollektiv wie aufs Individuum ausgerichtete Räume für im Alltag nicht mögliche Kommunikation.

Die bisherigen Überlegungen führen uns auch zu einer Minimaldefinition von Schamanismus. Wir können sagen, dass es sich beim rituellen Zusammenspiel von schamanischem *Embodiment*, dichter

¹⁸ Michael Lambek: *Human Spirits. A Cultural Account of Trance in Mayotte*, New York 1981, 70–83.

Atmosphäre, symbolischem *Framing* und nicht-alltäglicher Kommunikation um Schamanismus handelt. Konkrete Formen von Schamanismus lassen sich dann einerseits als besondere Konfigurationen dieser notwendigen Elemente begreifen und andererseits als Ausprägungen der kulturspezifischen Symbolik und der jeweiligen Form nicht-alltäglicher Kommunikation.

Illness und *disease* – kurieren und heilen

In der Medizinethnologie wird eine grundlegende Unterscheidung zwischen zwei Kategorien von Krankheiten gemacht, die vor allem auf Arthur Kleinman zurückgeht.¹⁹ Er unterschied zwischen *disease*, einer körperlichen Funktionsstörung im biomedizinischen Sinn, und *illness*, einer vom Kranken im jeweiligen kulturellen Kontext empfundenen körperlichen Funktionsstörung. *Illness* ist nach Kleinman das kulturelle *shaping of disease*.

Wenn die Begriffe von *disease* und *illness* auch manchmal etwas unterschiedlich verstanden werden, werden sie doch üblicherweise mit der Unterscheidung einer naturalistischen im Gegensatz zu einer personalistischen Erklärung von Krankheit assoziiert, wobei erstere auf spezifische körperliche Zusammenhänge und letztere auf die ganze Person fokussiert.²⁰ Und weiter werden mit diesen Gegensätzen zwei unterschiedliche Behandlungsarten von Krankheit assoziiert, wobei der Behandlung von *disease* das Kurieren und jener von *illness* das Heilen entspricht.²¹ Natürlich sind diese Unterscheidungen idealtypisierend. Dennoch scheint sowohl in der Medizinethnologie als auch in der Schamanismusforschung die Auffassung vorzuherrschen, dass es sich bei den im schamanischen

¹⁹ Arthur Kleinman: *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley 1981.

²⁰ George Foster, Barbara Anderson: *Medical Anthropology*, New York 1978.

²¹ Andrew Strathern, Pamela Stewart: *Curing and Healing*, Durham 2010.

Ritual behandelten Krankheiten um *illness* handelt, bei der die ganze Person behandelt wird.

Kurierende und heilende Wirkung schamanischer Rituale

Dem scheint nun aber die allgemeine Wirkungsweise des schamanischen Rituals beziehungsweise die Art der Krankheiten, bei denen dieses Ritual Wirkung entfalten kann, teilweise zu widersprechen. Schon in den 1980er Jahren wurde gezeigt, dass in schamanisch induzierten Trancezuständen Endorphine und Enkephaline, vom Körper selbst produzierte Opioide, ausgeschüttet werden, die die Schmerzempfindlichkeit senken und das Glücksgefühl heben können.²² Wahrscheinlich können aber nicht nur dadurch Krankheiten, die als *disease* klassifiziert werden, kuriert werden. Die sinnliche Involvierung des gesamten Körpers dürfte ebenfalls Krankheiten kurieren, die als *disease* klassifiziert werden, die aber die ganze Person einschliessen. Und auch wenn diese Art von Kurieren auch näher beim Heilen liegen mag, scheint sich dafür doch eher eine naturalistische Erklärungsweise aufzudrängen.

Einer der Ersten, der genauer untersucht hat, was im schamanischen Ritual durch die Involvierung mehrerer Sinne oder die multisensuelle Erfahrung, die letztlich den gesamten Körper einschliesst, mit diesem Körper passiert, ist Robert Desjarlais, der bei den Yolmo in Nepal forschte.²³ Durch die Multisensualität des Rituals findet nach Desjarlais zugleich eine Schärfung der Sinne und eine Aktivierung aller Sinne statt, wodurch sich die Person als Ganze wahrnehmen kann. Wenn sie sich krank fühlte, weil ihr *etwas* fehlte, konnte sich die Person durch diese *ganzheitliche* Erfahrung körperlich wieder vollständig fühlen. Im schamanischen Ritual kann nach Desjarlais die Verbundenheit der Sinne, die Verbundenheit

²² Ede Frecska, Zsuzsanna Kulcsar: Social Bonding in the Modulation of the Physiology of Ritual Trance, in: *Ethos* 17(1989) 70–87.

²³ Robert Desjarlais: *Body and Emotion*, Philadelphia 1992.

der Person mit der Welt oder ihr In-der-Welt-Sein körperlich erfahren werden.

Dies mag noch symbolisch verstärkt werden, etwa durch Objekte, die die Gesamtheit der Sinne repräsentieren oder ansprechen, zum Beispiel durch Schnüre, die den Körper mit seiner Umgebung verbinden.



Im schamanischen Ritual der Sunuwar symbolisieren Schnüre die Verbundenheit des Patienten mit seiner Umwelt. Krankheiten, die von der Schwächung dieser Beziehung rühren, können durch die körperlich stimulierende Atmosphäre des Rituals kuriert werden. (Foto des Autors)

Meist spielt der Symbolismus aber eine untergeordnete Rolle, auch weil ihn die meisten am Ritual Teilnehmenden gar nicht verstehen. Körperlich können sie aber meist sehr gut nachvollziehen, was geschieht, weil sie selbst einen Körper besitzen, der einfach mitgeht. Desjarlais scheint jedoch anzunehmen, dass es um die sinnliche Stimulation nur *einer* Person geht: des Patienten. Dies scheint mir jedoch eine vorschnelle Einschränkung, die die Anwesenheit

aller Teilnehmenden am Ritual und die im Ritual auftretende Atmosphäre, in die alle involviert werden, unberücksichtigt lässt. Zudem widerspricht es der oft erwähnten Beobachtung, dass der Patient und seine Behandlung in den meisten schamanischen Ritualen als nebensächlich erscheinen.²⁴ Dennoch stimme ich mit Desjarlais' Interpretation der Wirkung des Rituals überein, wenn ich diese auch für *alle* Teilnehmenden annehme. Diese Wirkung lässt sich kurz als Belebung oder Wiederbelebung des Körpers bezeichnen; Desjarlais spricht auch von der Stärkung der Lebenskraft, einem Gefühl der Lebendigkeit, Hebung der Stimmung, Reduktion von Stress oder neuem Körperbewusstsein. Damit dürfte das schamanische Ritual also eine kurierende Wirkung bei Krankheiten haben, die in der westlichen Medizin als *Fatigue*, Müdigkeit, Erschöpfung, Antriebslosigkeit, *Bournout* oder Depression bezeichnet werden.

Auch Dagmar Eigner stimmt mit Desjarlais überein, wobei auch sie die Bedeutung der Atmosphäre und den Einschluss *aller* am Ritual Teilnehmenden mehr betont.²⁵ Insbesondere unter Berücksichtigung der nicht-alltäglichen Kommunikation im schamanischen Ritual identifiziert Eigner dann noch weitere allgemeine Wirkungen, wie Intensivierung der Beziehungen innerhalb und zwischen Gruppen, Intensivierung kultureller Zugehörigkeit, Mobilisierung gegenseitiger Hilfsbereitschaft, Vermittlung eines Sicherheitsgefühls, Orientierung an Familie und Gemeinschaft, Integration in Gemeinschaft und Welt, sozial akzeptierte Problemlösungen, Katharsis, Begünstigung der Entwicklung der Person, Beitrag zum *community building* und zur Individualisierung.

Diese von Eigner aufgelisteten Effekte fallen nun eher unter die Heilung von *illness*. Und dies führt uns zur Frage, ob wir nun einfach von nicht weiter klassifizierbaren kulturspezifischen Krankheiten

²⁴ Zum Beispiel M. Nicoletti: *Shamanic Solitudes*, 121.

²⁵ Dagmar Eigner: *Multi-Sense Experiences in Traditional Healing Rituals*, Vortrag vom 17.10.2016 am Kongress «Mind, Consciousness, and Rituals» (Budapest)
<https://www.youtube.com/watch?v=-Qgkqd0wHbI>
 (Zugriff 27.12.2019).

und kulturspezifischen Erklärungen von Krankheiten sprechen müssen? Oder ob sich weitere Kriterien finden lassen, die es erlauben, auch diese Krankheiten in einer kulturübergreifenden Perspektive genauer zu erfassen? Es ist nun meine These, die ich im Folgenden an ethnografischen Beispielen verdeutlichen möchte, dass dies unter Berücksichtigung sozio-struktureller Merkmale des jeweiligen Kontextes teilweise möglich ist.

Sozio-strukturelle Bedingtheit schamanisch behandelter Krankheiten an drei Beispielen aus Nepal

In Nepal treffen wir auf sehr günstige Bedingungen für die Schamanismusforschung. Hier existieren über 100 verschiedene ethnische Gruppen, die fast alle auch heute noch eine Form des Schamanismus praktizieren. Mögen verschiedene kulturelle, religiöse und medizinische Traditionen auch in den letzten Jahrzehnten verschwunden sein, und ist die moderne Welt auch in den Dörfern, wo noch immer zwei Drittel der rund 30 Millionen Nepali als einfache Bauern leben, durch die neuen Medien und Berichte von Millionen von Arbeitsmigranten gut bekannt, und mag mittlerweile auch die moderne Medizin für eine Mehrheit der Bevölkerung zugänglich sein – die schamanischen Traditionen haben sich weitgehend erhalten.

Auch weil der Schamanismus und Vorstellungen über Krankheit in Nepal gemeinsame historische Wurzeln haben dürften, haben sie bei den – sonst in vielerlei Hinsicht unterschiedlichen Gruppen – gemeinsame Züge. So unternehmen Schamaninnen in ihren *Séancen* meist spirituelle Reisen an einen Ursprungsort, wobei sie sowohl einem geographischen Fahrplan als auch einem historischen Entwicklungsmuster der jeweiligen Lokalkultur folgen. Die Rückkehr von diesen Ursprüngen ist dann eine symbolische Rekonstruktion oder Wiederbelebung der aktuellen Kultur. Diese schamanischen Reisen werden den Ritualteilnehmern meist mit Gesängen und Gestik demonstriert und können als symbolische

Verstärkung des oben geschilderten individuellen Revitalisierungsprozesses verstanden werden.

Folgende Gemeinsamkeiten im Verständnis von Krankheiten, die in schamanischen Ritualen behandelt werden, sind erwähnenswert: Erstens werden diese Krankheiten nicht aus der Lebensgeschichte einer Person erklärt, sondern als sozial verursacht, und zwar in der Gegenwart oder rezenten Vergangenheit verursacht. Zweitens werden diese Ursachen offiziell nicht bestimmten Personen, sondern übernatürlichen Mächten zugeschrieben. Drittens werden diese Krankheiten als Verlust betrachtet, sei dies der Verlust der Seele oder der Lebenskraft, oder als Verlust von etwas Unbestimmtem, das im Ritual erst noch genauer bestimmt werden muss. Viertens muss eine Krankheit, die im schamanischen Ritual geheilt werden soll, chronischen Charakter haben, und sie muss über einen längeren Zeitraum den Umgang mit den Mitmenschen stören; darum werden etwa auch Unfälle, die zu schwer heilenden Wunden führen, die die landwirtschaftliche Zusammenarbeit gefährden können, oder permanente Unaufmerksamkeit, die dieselben Folgen haben kann, als schamanisch behandelbare Krankheiten betrachtet.

Diese Gemeinsamkeiten weisen nun auch schon darauf hin, wo die Unterschiede gesucht werden müssen, nämlich in der sozialen Organisation, die den Beziehungen zugrunde liegt, in der die die Krankheit verursachenden, aber auch die von der Krankheit betroffenen Gesellschaftsmitglieder stehen. Ich werde im Folgenden jeweils zuerst eine kurze Schilderung der sozio-strukturellen Aspekte der Gruppe geben, auf deren schamanische Praxis ich dann eingehe.

Ich beginne mit den Sunuwar, die ich aus eigener Erfahrung am besten kenne.²⁶ Und ich stelle das schamanische Ritual der Sunuwar etwas ausführlicher dar und werde dann die anderen

²⁶ Werner M. Egli: Erbrecht: Tausch und Ritual bei den Sunuwar Ostnepals, Frankfurt a.M. 1999; ders.: The Sunuwar of Nepal and their Sense of Communication, Münster 2014.

beiden Beispiele etwas knapper im Kontrast dazu darstellen. Die Sunuwar leben südlich des Everest-Massivs in Streusiedlungen und bauen vor allem Reis, Mais und Hirse an. Sie sind in lokalisierte und exogame Patriklane gegliedert, das heisst, die Ehefrauen kommen jeweils aus anderen Dörfern, was in Verbindung mit dem traditionellen Erbrecht ein Konfliktpotential birgt. Traditionell erhalten die älteren Söhne bei ihrer Hochzeit ihr Erbe. Der jüngste Sohn erbt das elterliche Haus und das meiste Land, ist jedoch zur Pflege der Eltern im Alter und zur Durchführung der Ahnenrituale verpflichtet. Nur im Haus von verheirateten jüngsten Brüdern finden wir Grossfamilien. Und es ist sicher kein Zufall, dass auch die meisten schamanischen Rituale hier stattfinden.

Die Sunuwar-Schamaninnen – die im Vergleich zu den Schamanen in der Überzahl sind – sind sowohl zuständig für saisonale Ahnenrituale, die sie gemeinsam mit dem Dorfpriester durchführen, als auch für Heilrituale, die sie alleine durchführen. Die Ahnenrituale haben einen verwandtschaftlich genau definierten Teilnehmerkreis. Schamanische Heilrituale dagegen sind öffentlich und werden nach Bedarf durchgeführt. Und zwar von einzelnen Haushalten, in denen ein Mitglied ein chronisches, andere Personen betreffendes Problem hat. Nie geht jemand aus eigenem Antrieb zur Schamanin für eine Diagnose, sondern wird von anderen Haushaltsmitgliedern geschickt. Die Diagnose der Schamanin, die den betreffenden Haushalt meist gut kennt, besagt nun zuerst einmal, in welchem Bereich das Problem lokalisiert ist, ob es um ein verwandtschaftliches, nachbarschaftliches, wirtschaftliches usw. Problem geht. Für dessen genauere Analyse und Lösung muss dann meist ein mehrstündiges Ritual durchgeführt werden. In dieser ersten Diagnose werden mögliche Ursachen vor allem durch Zuordnung zu Dämonen angedeutet. Diese Diagnose verbreitete sich zusammen mit der Ankündigung des Termins für das Heilritual durch den Dorfklatz in Windeseile. Auf diese Weise können sich alle fragen, ob sie in die Verursachung des Problems involviert sein und allenfalls durch die Teilnahme am Ritual zu einer Lösung beitragen könnten.

Ein schamanisches Ritual bei den Sunuwar läuft stets in neun formellen Schritten ab. Zwischen diesen gibt es Pausen von ca. 15 Minuten, in denen geredet, gegessen und getrunken wird. An einem solchen Ritual nehmen 10 bis 20 Personen teil. Im niederen Raum von etwa 4 x 6 m Grundfläche, der bei Beginn des Rituals geschlossen wird, ist die Luft durch den Rauch der Feuerstelle, das Abbrennen von Räucherwerk und die Ausdünstungen der Teilnehmenden bald einmal zum Schneiden. Und jede lautliche Äusserung geht in einem konstanten und immer lauter werdenden Gemurmel unter. Die Sunuwar nennen diesen Zustand des Wohnraums *soot*, das meint Dampf, Rauch oder Dunst – also dasselbe wie das griechische ατμός.

Der erste formelle Schritt ist eine Purifizierung des Raumes und der Ritualinstrumente. Nach einer ersten kleinen Pause folgt die Anrufung der Ahnen. In dieser Phase beginnt die Schamanin zu tanzen, zu singen und zu trommeln und gerät zunehmend in Trance. In der folgenden Pause erzählt sie, was sie in Trance erlebt hat, womit sie meist eine Tendenz des weiteren Geschehens andeutet. Im dritten Akt besingt die Schamanin eine Reise zum Ursprungsort, was sie mit Ruder-, Reit- und Flugbewegungen veranschaulicht. Dämonen und Ahnen sprechen in dieser Phase oft aus dem Mund der Schamanin. In diesem sehr eindrücklichen Teil der *Séance* werden die Teilnehmenden unwillkürlich ins sinnliche Spektakel einbezogen. Die Diskussionen zwischen der Schamanin und den Teilnehmern und auch unter den Teilnehmern nehmen ab jetzt die Form einer Kommunikation mit oder auf Augenhöhe mit den Ahnen an. Man spricht höflich und respektvoll miteinander und diskutiert, was die Schamanin berichtet hat, aber auch, was andere Teilnehmer sagen. Dies in Form von Fragen, Interpretationsvorschlägen und Erwägungen. Kleine Kinder können an dieser Diskussion ebenso teilnehmen wie Dorfvorsteher oder Ethnographen. Die Schamanin selbst übernimmt die Rolle einer unparteiischen Moderatorin, passiv bleibt meist nur der Patient. Der nächste formelle Schritt ist wiederum die Schilderung einer Reise, bei der die Schamanin Dämonen aufsucht und in Erfahrung bringt, welche

Opfer sie wollen, damit sie die Seele des Kranken loslassen. Aufgrund der Gespräche in der vorangegangenen Pause weiss sie natürlich schon wieder etwas genauer, welche Dämonen in Frage kommen. Von dieser Reise kommt die Schamanin meist mit einer Auswahl von Vorschlägen zurück. In der folgenden Pause geht die Diskussion schon deutlicher in eine bestimmte Richtung. Es werden weniger Fragen gestellt, dafür Vorschläge gemacht. Im nächsten formellen Schritt werden die Dämonen gezielt mit Opfern zufriedengestellt. In der Pause nach dem Opfer passiert nicht viel. Das Böse ist gebannt und die Auswahl der diesseitigen Gründe für die Krankheit eingeschränkt. In den meisten Fällen ist bis am Ende des Rituals für jede und jeden in etwa klar, was und wer hinter der Krankheit des Patienten steckt und wer mit welcher Verhaltensänderung zur Beseitigung der Ursachen beitragen könnte.²⁷

Das geschilderte Ritual legt – über seine grundlegende kurierende Wirkung auf sinnlicher Ebene hinaus – viele der von Eigener genannten allgemeinen heilenden Wirkungen nahe, und zwar für alle an ihm Beteiligten. Vor allem zeigt das Ritual ein interessantes Verfahren, soziale Konflikte zu thematisieren und zu lösen. Im Falle einer Lösung ist regelmässig zu beobachten, dass die Person, für die das Ritual gemacht wurde, ziemlich schnell gesundet. Wunden heilen schneller, Hautausschläge oder Aufmerksamkeitsdefizite verschwinden oft ganz. Die schon im Vorfeld des Rituals beginnende nicht-alltägliche Kommunikation, die dann in den Pausen des Rituals weitergeführt wird, entspricht einer Mediation im rechtlichen Sinne. Die nicht-alltägliche Form der Kommunikation im Ritual ermöglicht in einer kleinen Gemeinschaft, in der alltägliche Hierarchien und zwischenmenschliche Nähe keine freie Rede zulassen, die gemeinsame diskursive Lösung von Problemen im Rahmen der Normen.

Die der Kategorie *illness* zugehörigen Krankheiten, die das schamanische Ritual bei den Sunuwar behandelt und oft heilen

²⁷ Ausführliche Schilderung dreier Fallbeispiele in W. Egli: *The Sunuwar of Nepal and their Sense of Communication*, 467–474.

kann, müssen nicht einfach in einem allgemeinen Sinn als kulturspezifisch oder sozial verursacht betrachtet werden, sondern gründen in spezifischen sozialen Konflikten, die in sozio-strukturell angelegt sind. Im Zentrum der Heilung dieser Krankheiten stehen weder der Schamane noch der Patient, sondern die von der Krankheit indirekt Betroffenen und jene, die als ihre Verursacher in Frage kommen.

Bei den Magar sieht dies nun alles etwas anders aus. Die Magar siedeln in kompakten Dörfern am Fusse des Dhaulagiri-Massivs.²⁸ Sie sind eine transhumante Gesellschaft, in der Kleintierzucht und Jagd eine grosse Rolle spielen. Diese Gesellschaft zeichnet sich durch ein strukturierendes Prinzip der Dreiteilung aus, das im Heiratsystem begründet ist. In diesem zirkulieren Heiratspartner zwischen drei Gruppen, das heisst, Gruppe A gibt Frauen an Gruppe B ab, Gruppe B an Gruppe C und diese wiederum an Gruppe A. Anders als bei direkten Formen des Austauschs von Heiratspartnern, also wenn etwa Gruppe A ihre Töchter an Gruppe B gibt und von Gruppe B Töchter zurückerhält, bedarf ein System wie das der Magar zusätzlicher vertrauensbildender Massnahmen und funktioniert am effektivsten, wenn gleich alle gesellschaftlichen Bereiche nach demselben Prinzip strukturiert sind und sich so wie ein von allen Seiten widerhallendes Echo gegenseitig verstärken. Bei den wenigen Gesellschaften, in denen dies vorkommt, wird von totaler Struktur gesprochen.

Diese zeigt sich nun auch im schamanischen Ritual der Magar. Letzteres scheint nicht so sehr ans Haus gebunden zu sein wie bei den Sunuwar. Zudem gibt es nicht nur ein Standardritual wie bei den Sunuwar, sondern eine Reihe unterschiedlicher Rituale. Dies dürfte daher rühren, dass bei den Magar nicht erst *im* Ritual fest-

²⁸ Michael Oppitz: Onkels Tochter, keine sonst. Heiratsbündnis und Denkweise in einer Lokalkultur des Himalaya, Frankfurt am Main 1991; ders.: Schamanen im Blinden Land – Ein epischer Dokumentarfilm über magische Heilverfahren im Himalaya, BRD/Nepal 1980; Anne de Sales: Je suis né de vos jeux de tambours: la religion chamannique des Magar du nord, Nanterre 1991.

gelegt wird, was genau das zu behandelnde Problem eigentlich ist, sondern dies steht in der Regel zum Vornherein fest. Geht es bei den Sunuwar bei Diagnosen nur darum, durch Identifikation von Dämonen dem weiteren Verlauf der Behandlung eine Richtung zu geben, bestimmen die Magar-Schamanen – die gegenüber Schamaninnen in der Überzahl sind – relativ klar, was hinter einer Krankheit steckt. Die Hauptursache von Krankheiten bei den Magar ist der Raub der Seele durch übernatürliche böse Mächte. Das Hauptziel der verschiedenen schamanischen Rituale ist dann ebenso klar, nämlich die geraubte Seele zu finden und sie den bösen Mächten zu entreissen, was oft mit einer Opfergabe erreicht wird, und anschliessend die zurückgewonnene Seele wieder dauerhaft in ihrem Besitzer oder ihrer Besitzerin zu fixieren. Der Seelenraub kann als Abweichen einer Person von zentralen sozialen Normen verstanden werden. Die schamanische Behandlung besteht dann vor allem darin, der kranken Person die Möglichkeit der Identifikation oder Re-Identifikation mit diesen Normen zu geben. Heilung wird durch Identifikation mit diesen Normen oder Wiedereingliederung einer devianten Person in besagte totale Struktur erreicht.

Im Mittelpunkt des schamanischen Rituals der Magar stehen nicht – wie bei den Sunuwar – alle am Ritual Teilnehmendem, sondern der Schamane und ein Patient, wobei der Schwerpunkt auf dem Schamanen liegt. Die Hauptbeschäftigung des Schamanen im Ritual ist das Absingen der Ursprungsmythen, insbesondere jener des Ursprungs der Heirat. Oft werden diese Mythen auch im Wechselgesang von zwei Schamanen vorgetragen. Dem Patienten – und natürlich auch den anderen am Ritual Teilnehmenden – wird so auf eindruckliche Weise das gesellschaftliche Ideal in Erinnerung gerufen. Bei dieser schamanischen Behandlung geht es nicht um Konfliktlösung im Rahmen von Normen, sondern um Identifikation oder Integration durch Verinnerlichung der Normen. Entsprechend liegt der Schwerpunkt auch nicht in erster Linie auf dem atmosphärischen Rahmen, sondern auf einer Symbolik, die die Bedeutung der Mythen und vor allem auch die zentrale Bedeutung des Schamanen noch zusätzlich unterstützt. Wohl nicht zufällig greifen

die Ethnographen der Magar auf Hamayons Interpretation des Schamanismus zurück.

Auf eine noch einmal andere Konstellation treffen wir im dritten Fallbeispiel, bei dem es sich um die in Kathmandu wirkende Tamang-Schamanin Ama Bombo handelt.²⁹ Die Tamang sind tibetischen Ursprungs und mehrheitlich Buddhisten; dennoch spielt der Schamanismus bei ihnen eine zentrale Rolle. Ama Bombo hat ihr Handwerk zwar im Dorf gelernt, praktiziert aber schon lange in der nepalesischen Hauptstadt. Dies ist insofern bedeutsam, als der kulturelle Hintergrund in ihrer schamanischen Praxis kaum eine Rolle spielt. Ama Bombos Kunden stammen denn auch aus ganz verschiedenen ethnischen Gruppen und leben meist schon lange in der Stadt. Wenn die Rituale Ama Bombos auch primär die Heilung *einer* Person zum Ziel haben, nehmen auch hier stets mehrere Personen am Ritual teil; meist sind es Familienmitglieder der kranken Person. Ähnlich wie bei den Magar steht aber die Interaktion zwischen der Schamanin und der kranken Person im Mittelpunkt, aber mit dem Unterschied, dass die Schamanin nicht einfach als symbolisches Modell fungiert, sondern in unterschiedlicher Weise aktiv auf ihre Patienten und manchmal auch auf deren Familienmitglieder zugeht. Sie stellt Fragen, macht Vorschläge, gibt Hinweise und verschafft dadurch dem Patienten und anderen Anwesenden einen Raum, um sich selbst zu äussern.

Anders als bei den Sunuwar und den Magar bleiben die Patienten bei Ama Bombos Behandlung auch nicht passiv. Und ihre Aktivität zeigt sich manchmal auch in Form von Besessenheit. Ein deutliches Indiz dafür, dass den Patienten die Chance gegeben wird, sich frei zu äussern oder auch als Reaktion auf die Anweisungen von Ama Bombo oder auf Äusserungen von anderen am Ritual Teilnehmenden zu reagieren. Ama Bombos Behandlungen

²⁹ Dagmar Eigner: *Ritual, Drama, Imagination. Schamanische Therapie in Zentralnepal*, Wien 2001; Romano Mastromattai, Martino Nicoletti: *Ama Bombo: A Tamang Shamaness of Nepal*, (Documentary) 1995, <https://www.youtube.com/watch?v=cSoT9eEcq9A> (Zugriff 27.12.2019).

haben oft den Charakter einer Familientherapie, bei der es sowohl darum gehen kann, dass die Patientin sich frei aussprechen kann, oder aber es werden Ursachen der Probleme der Patientin bei Familienmitgliedern gefunden und manchmal auch eingestanden. Auch eine Art Rollenspiel, bei dem eine Lösung des Problems simuliert wird, wird von Ama Bombo manchmal angeregt.

Ähnlich wie bei den Sunuwar geht es hier also meist um die Lösung von Konflikten, die in der Familienkonstellation oder in krisenhaften Entwicklungen in der Umgebung der Familie angelegt sind.³⁰ Von den drei Fallbeispielen lässt sich das schamanische Heilen von Ama Bombo am ehesten mit der Psycho- und Familientherapie in Europa vergleichen.

Der Fokus aufs schamanische Ritual zeigt einerseits, dass Schamaninnen Krankheiten in Form von *disease* in einem weiteren Sinne als oft angenommen kurieren können. Andererseits zeigt er, dass wir uns bei den von Schamaninnen behandelten Krankheiten in Form von *illness* nicht mit dem Begriff einzigartiger kulturspezifischer Krankheiten begnügen müssen. Denn im Rückgriff auf soziostrukturelle Faktoren lassen sich diese Krankheiten weniger partikularistisch, aber dennoch genauer erfassen, wobei ich in dieser Hinsicht keine Typologie anstrebte, sondern lediglich eine Perspektive für das methodische Vorgehen skizzieren wollte. Da sich äusserst selten explizite kulturspezifische Bezeichnungen von Krankheiten anbieten, an denen sich der Forscher orientieren könnte, kann er sich nur – wie die Schamaninnen und die am schamanischen Ritual Teilnehmenden – an Hinweisen wie etwa krankheitsverursachenden Dämonen orientieren. Wie die Akteure des Rituals muss auch er durch Teilnahme am Ritual die genaueren Ursachen der zu behandelnden Krankheit stets aufs Neue zu rekonstruieren versuchen.

³⁰ Heute geht es meist um durch die neue Form der Arbeitsmigration in ferne Destinationen verursachte Probleme.

74 Werner M. Egli: Welche Krankheiten heilen Schamaninnen?

conexus 3 (2020) 53–74

© 2020 Werner M. Egli. Dieser Beitrag darf im Rahmen der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 – Creative Commons: Namensnennung/nicht kommerziell/keine Bearbeitungen – weiterverbreitet werden.



<https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.006>

Prof. Dr. Werner M. Egli, Universität Zürich, Institut für Sozialanthropologie und Empirische Kulturwissenschaft
Privat: Mühlebachstrasse 150, 8008 Zürich
werner.egli@mail.ch

Beat Gerber

Im Spannungsfeld zwischen Tun und Lassen – ein medizinphilosophischer Beitrag

In einem ersten Teil dieser Arbeit werden drei Begriffe erörtert, die in der Medizin immer wieder zu unterschiedlichen Interpretationen und Diskussionen führen und die wichtig für das Verständnis meiner weiteren Überlegungen sind. Es geht um die Begriffe Gesundheit und Krankheit (1.1), Medikalisierung (1.2), und Macht in der Medizin (1.3). In einem zweiten Teil soll die Thematik des Tuns und Lassens in der Medizin behandelt werden. Ich beginne mit zwei handlungstheoretischen Optionen (2.1) und diskutiere das Handeln oder Tun in der Medizin (2.2) sowie das (situative) Unterlassen medizinischer Interventionen (2.3), dessen Risiken und Chancen anschliessend untersucht werden. Ganz besonders interessiert die Frage, was wir tun wir, wenn wir medizinisch nichts tun (2.5).¹

Zwei Vorbemerkungen: 1) Das Verständnis von Krankheit und Medizin, das dieser Arbeit zugrunde liegt, ist das eines praktizierenden Arztes, der sich nach fast vierzig Jahren klinischer Tätigkeit mit seinem Beruf kritisch auseinandergesetzt und die ärztliche Praxis philosophisch reflektiert hat. Es handelt sich also um eine Art philosophische Supervision der Medizin. Die philosophische Sicht auf Gesundheit, Krankheit und Medizin führt einerseits rasch zu kritischen Fragen, zu neuen Überlegungen und sehr oft zu kontroversen Diskussionen. Andererseits geht es hier aber auch um eine kritische

¹ Für eine ausführliche Behandlung dieser Thematik vgl. Beat Gerber: Warum die Medizin die Philosophie braucht. Für ein umfassendes Verständnis von Krankheit und Medizin, Bern 2020.

Hinterfragung der eigenen beruflichen Tätigkeit und insbesondere um die Thematik des Tuns und Unterlassens medizinischer Handlungen. Um es gleich vorwegzunehmen: Ich bin der Meinung, dass gewisses Tun in der Medizin besser zu unterlassen wäre. Ich versuche im Folgenden aufzuzeigen, weshalb die Option der situativen Unterlassung von diagnostischen und therapeutischen Interventionen zwingend zu jeder patientenorientierten, genuinen Medizin gehört. In der modernen Medizin ist sehr oft das Tun das übliche, das Nicht(s)tun dagegen die Ausnahme. Ich werde aufzeigen, weshalb diese Praxis heute die Regel ist, dass sie in vielen Fällen jedoch für den Patienten nicht zwingend die beste Lösung ist. Dabei geht es explizit nicht um ökonomische Überlegungen oder Sparmassnahmen. Diese sind zwar absolut notwendig, aber sie sind hier nicht das Thema.

2) Wenn hier von «Medizin» die Rede ist, geht es immer um die klassische, westlich geprägte Schulmedizin. Das zu wissen ist für das Verständnis der weiteren Ausführungen wichtig.

1. Drei zentrale Begriffe

1.1 Gesundheit und Krankheit

Was genau man unter Gesundheit und Krankheit versteht, ist oft unklar. Der Inhalt dieser Begriffe wird stark durch Sprache, Kultur und Geschichte geprägt und ganz unterschiedlich interpretiert. Zudem implizieren die beiden Begriffe biologisch-naturwissenschaftliche und anthropologisch-geisteswissenschaftliche Aspekte, die wiederum individuell und gesellschaftlich unterschiedlich wahrgenommen und gewertet werden. Dies zeigt sich beispielsweise daran, dass verschiedenste Disziplinen (Medizin, Jurisprudenz, Philosophie, Theologie, Versicherungen) sich schwertun, wenn es darum geht, sich auf eindeutige Definitionen zu einigen. Und auch innerhalb dieser Disziplinen existieren – abhängig von kulturellen und gesellschaftspolitischen Vorgaben – oft divergierende Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.

Hinzu kommt, dass sich die Begriffe «gesund» und «krank» zunehmend destabilisieren. Der Übergang von gesund zu krank wird zu einer immer breiteren Grauzone, die Grenze dazwischen wird unscharf und löst sich auf. Diese Grenzziehung ist ein dynamischer Prozess, die Demarkationslinie verschiebt sich ständig: Wer früher noch gesund war, ist heute bereits krank. Das Spektrum des Anormalen und Pathologischen wächst in einem Ausmass, wie das Spektrum des Normalen und Gesunden schrumpft. Beides ist Ausdruck einer zunehmenden Medikalisierung. Zudem ist vieles, was in irgendeiner Weise vom Normalen abweicht, nicht nur pathologisch, es wird oft auch korrigiert, also behandelt. Eine solche grundsätzliche Skepsis gegenüber all dem, was sich in einer Grauzone befindet, ist jedoch heikel, denn sie kann zur Ausgrenzung des Andersartigen, zur Stigmatisierung des nicht ganz Normalen und zur Intoleranz gegenüber allem führen, was nicht üblich ist.

Es gibt viele Definitionen von Gesundheit und Krankheit. Was Nietzsche beispielweise als die «grosse Gesundheit» bezeichnete,² ist ein Bereich, in welchem eine Person fähig ist, «in vollen Zügen zu leben, so dass sie immer wieder an ihre existentiellen Grenzen gelangt.»³ Das Alltägliche wird dabei überschritten, und es kann sich das Gefühl von Sinnhaftigkeit einstellen. Die grosse Krankheit dagegen erleben die Betroffenen als existentielle Krise, eine Krise, «die sie an ihre Abhängigkeit vom guten Willen, der Anteilnahme und Zuneigung anderer Menschen mahnt und sie in Kontakt mit dem Tod und mit der spirituellen Dimension des menschlichen Lebens bringt.»⁴ Es kommt dabei zur Grenzerfahrung, die ebenfalls das Gefühl von Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz wachrufen kann. Die kleine Gesundheit ist gleichbedeutend mit der Abwesenheit von Krankheit und beinhaltet auch Zustände erhöhter Krankheitsgefährdung und das Gefühl von anhaltender Sinnlosigkeit. Mit kleiner

² Friedrich Nietzsche: Die fröhliche Wissenschaft, in: Kritische Studienausgabe, hg. von Giorgio Colli und Mazzino Montinari, V 635–637.

³ Piet van Spijk: Krankheit, Gesundheit, Religion und Spiritualität, in: Schweizerische Ärztezeitung 94/6 (2013) 224–225.

⁴ Ebd.

Krankheit dagegen sind die vielen gesundheitlichen Probleme, die sogenannten banalen Krankheiten gemeint.⁵

Für eine umfassende Definition von Gesundheit und Krankheit sind meiner Ansicht nach zwei Aspekte zentral: Erstens geht es explizit um die Krankheit des *Menschen* – mit all seinen kulturellen Werten. Und es geht um den Menschen als biologisches Wesen, das immer ein denkendes und fühlendes Wesen ist. Diese Definition steht demnach auf einer anthropologischen Grundlage. Und zweitens geht es bei dieser Definition um das Faktum der *Kontingenz*, um den Zufall. Oft handelt es sich dabei um den vordergründigen und vermeintlichen Zufall, gesund zu sein – respektive von einer Krankheit verschont oder eben nicht verschont zu bleiben. Gesundheit und Krankheit sind demnach dem Menschen kontingent. Wer gesund ist, der hat Glück gehabt, und wer krank ist, nicht. Und was bleibt, ist immer auch ein gewisses Mass an Unverfügbarkeit.⁶

Gesunde und insbesondere kranke Menschen sind somit immer eingebettet in einen nur *sie* betreffenden Zusammenhang: Es ist *ihre* Art gesund und krank zu sein, es ist *ihre* persönliche Geschichte, *ihr* soziales Umfeld und auch *ihre* Zukunft. Es geht um das Begreifen und Verstehen des Kranken in naturwissenschaftlicher *und* kultureller Hinsicht. Und es geht dabei auch um den Aspekt der Kontingenz, um integrale Grunderfahrungen, die jeder Mensch im Laufe seines Lebens ungewollt und ungefragt macht. Man könnte auch von Ordnungsbrüchen sprechen, die jeder Einzelne als Unverfügbarkeit erlebt – in ihrer negativen Form als Krankheiten, persönliche Leiden.

Gesundheit und Krankheit werden somit konstituiert durch physische, psychische, gesellschaftliche und andere Faktoren und sie sind als Zusammenspiel und Ergebnis überaus komplexer interner und externer Prozesse zu verstehen. Diese Prozesse sind zwar im Wesentlichen kausal, aber nicht immer. Und falls Kausalität herrscht, ist eine solche in sehr vielen Fällen weder dem Betroffenen noch dem Beobachter wirklich bekannt. Ein grosser Teil dieses

⁵ Vgl. ebd.

⁶ Vgl. B. Gerber: Warum die Medizin die Philosophie braucht, 51–52.

prozessualen Geschehens bleibt deshalb mindestens vordergründig kontingent.

Der Praxisalltag zeigt nun aber, dass die in der modernen Medizin anerkannten Begrifflichkeiten von Gesundheit und Krankheit überwiegend biologisch-naturwissenschaftlicher Art sind, von einer durchgehenden Kausalität und prinzipiellen Berechenbarkeit ausgehen und den Aspekt der erlebten Kontingenz weitgehend verdrängen. Ebenso fällt es ihr oft schwer, anthropologische und kulturelle Werte in ihr Begriffsverständnis einzubinden. Einer Medizin aber, die diese Einseitigkeit ihres Denkens weiterhin zulässt, wird es nur schwer gelingen, dem Kranken als Menschen zu begegnen und ihm in all seinen Dimensionen gerecht zu werden.

Dass trotz weitgehender Unverfügbarkeit im Zusammenspiel von Gesundheitserhaltung und Krankheitsentwicklung immer auch ein wesentlicher Anteil an Selbstbestimmbarem und Selbstverursachtem mit dabei ist, ist evident. Die Bedeutung der Mitverantwortung für die eigene Gesundheit ist demnach nicht zu unterschätzen. Die Vorstellung jedoch, die von gewissen Gesundheitspolitikern und Versicherern zunehmend vertreten wird, dass das Individuum für seine Krankheit letztlich allein und selbst verantwortlich sei, ist sachlich falsch und grundsätzlich abzulehnen.

Damit sehen wir uns mit dem Aspekt der Solidarität in der Medizin konfrontiert. Sie kommt am ehesten bei unverschuldetem Leid auf – sei dies nun im Kontext einer Unwetterkatastrophe oder eben infolge eines unerwarteten Krankheitsausbruchs. Dennoch lässt sich eine solche für eine aufgeklärte Gesellschaft unabdingbare Solidarität oft vermissen. Für Samia Hurst, Bioethikerin in Genf, besteht die Tendenz, dass heute oft der Mensch selbst verantwortlich gemacht und dass Krankheit als persönliches Versagen angesehen werde: «Die Raucherin ist <schuld> an ihrem Lungenkrebs, oder der Fettleibige an seinem Diabetes und Eltern haben Schuld am Erb-Leiden ihres Kindes, dessen Geburt sie nicht verhindert haben. Nun sollen die betroffenen dafür bezahlen.» Das ist falsch und unethisch. «Die Medizin ist keine moralische Instanz, ihre Logik ist eine andere als die der Strafe. Es ist sehr gefährlich,

Gesundheitspolitik mit den Prinzipien der Strafe zu verknüpfen. Das müssen wir verhindern.»⁷

1.2 Medikalisierung

Es ist der Mensch selbst, der im Laufe der Zeit die Begrifflichkeiten von Gesundheit und Krankheit ständig hinterfragt hat und neu zu definieren suchte. Und er ist es auch, der zum unaufhaltsamen Prozess der Medikalisierung und zur Ausweitung des Einflussbereichs der Medizin beigetragen hat. Der Mensch tut dies unter anderem, weil die Einlösung des Versprechens der modernen Medizin auf mehr Gesundheit und weniger Krankheit eine immer exaktere Diagnostik erfordert und bessere Therapiemöglichkeiten erlaubt. Und er tut dies auch mit der hehren Absicht, dem Krankgeschriebenen Schutz und Unterstützung zukommen zu lassen.

Unter Medikalisierung wird ein übermässiges Ausbreiten der Medizin in Einflussbereiche verstanden, die ursprünglich mit Medizin wenig oder gar nichts zu tun haben. Sie sieht sich heute in vielen gesundheitlichen, juristischen und gesellschaftlichen Gebieten zuständig, in die sie früher nicht involviert war: Dazu gehören beispielsweise gewisse Formen von Befindlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten, Bereiche wie gesundheitliche Vorbeugung und Gesundheits-Screening, Fitness und Ernährung, aber auch die meisten Suchtkrankheiten. Sie alle standen früher nicht unter dem Einflussbereich der Medizin.

Der Begriff der Medikalisierung war primär ein rein deskriptiver und somit grundsätzlich wertneutral. Heute hat er im Zuge der kritischen Ausdehnung und Einflussnahme diese Wertneutralität weitgehend verloren. Medikalisierung geschieht mehrheitlich im Konsens mit Individuum und Gesellschaft: Sie verschafft all jenen Schutz, die sich irgendwo im Grenzbereich zwischen gesund und krank verorten. Ihr gesundheitlicher Zustand wird neu als krank definiert, was Anspruch auf Hilfe verspricht und entsprechend

⁷ Samia Hurst: Unsere Kinder, in: Schweizerische Ärztezeitung 97/45 (2016) 1584.

medizinische, soziale und finanzielle Unterstützung legitimiert. Solches gehört selbstverständlich zu den Errungenschaften eines modernen Staates und ist grundsätzlich begrüssenswert.

Trotzdem ist eine Medikalisierung in diesem Ausmass, insbesondere die offenkundige Ausweitung des Krankheitsbegriffs, nicht unproblematisch. Gerade weil die Grenzen zwischen gesund und krank unscharf sind und Raum zur Interpretation bieten, muss jemand die Definitionsmacht übernehmen. Doch wer ist dazu legitimiert? Die Medizin ist hier Partei und somit nicht unvoreingenommen. Diese Parteilichkeit führt erwartungsgemäss eher zu einer Expansion des Zuständigkeits- und Einflussbereichs der Medizin als zu deren Reduktion, und noch viel weniger zu einer Selbstzensur oder Selbstbegrenzung. Insbesondere auf der Seite der Anbieter tut sich im Zuge fortschreitender Medikalisierung ein breites Feld auf – sie alle sind gewillt, die sich dabei öffnenden Marktlücken rasch zu schliessen. Und sie tun dies in einem Ausmass, das die Vermutung zulässt, dass sich das Ganze durchaus auch rechnet – jedenfalls für sie selbst.

Der Zürcher Theologie und Ethiker Johannes Fischer hat sich kritisch mit solchen Fragen auseinandergesetzt und ausführlich dazu geäussert. Dabei stellte er mehrere Fragen: Welche gesundheitliche Beeinträchtigung wird schon und welche noch nicht als Krankheit angeschaut? Wie können überzogene und ausufernde Vorstellungen von «sozialer Gerechtigkeit» zurückgewiesen werden?⁸ Ein massloses Anspruchsdenken ist eine der wichtigsten Triebfedern für die Medikalisierung. Kann und soll der Medikalisierung durch die Ärzte entgegengewirkt werden? Die Ursache liegt hier oft in der direkten Konfrontation des Arztes mit der Erlebnisperspektive des Patienten und dem daraus resultierenden Bedürfnis des Arztes, dem Patienten zu helfen. Können und sollen die Patienten selbst der Medikalisierung entgegenwirken? Die Einstufung der meisten gesundheitlichen Störungen als Krankheit ist unbestritten und für die Betroffenen in den meisten Fällen entlastend.

⁸ Johannes Fischer: Ethische Aspekte der Medikalisierung, in: *Bioethica Forum* 5/2 (2012) 69–72.

Es ist aber auch bekannt, dass das Delegieren solcher Beeinträchtigungen an die Medizin gelegentlich der Selbstverantwortung und der Selbstsorge des Patienten nachhaltig abträglich ist.

Das unaufhaltsame Vordringen der Medizin in die persönlichen und sozialen Bereiche des Lebens hat dazu geführt, dass diese noch nie so mächtig war, wie sie es heute ist. Und damit kommen wir zu einem Paradoxon der modernen Medizin: Statt sich nun sicherer und gesünder zu fühlen, werden viele dieser faktisch gesunden Menschen krank, weil sie sich um ihre Gesundheit sorgen. Der Widerspruch liegt darin, dass, je wohlhabender ein Land ist und je mehr finanzielle Mittel dessen Bevölkerung für ihr Gesundheitssystem bereitstellt, desto kranker fühlt sich diese. Die Verunsicherung und die damit verbundenen Sorgen um die eigene Gesundheit nehmen in bedenklicher Weise zu. Gemäss Untersuchungen von Amartya Sen sollen Bildungsniveau und Selbstbeobachtung in direktem Zusammenhang stehen: Je höher das Bildungsniveau ist, desto mehr beschäftigen sich die Menschen mit ihren Unpässlichkeiten, Beschwerden und Gebrechen.⁹

So sind wir wieder bei der anthropologischen Grundfrage: Was ist der Mensch? Was ist Gesundheit und Krankheit. Und was ist und soll die Medizin denn eigentlich? Und so geht es letztlich wieder um die Frage nach dem Selbstverständnis des Menschen und um sein Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Medizin.

1.3 Macht in der Medizin

Die Thematisierung der Macht im Kontext von Tun und Lassen in der Medizin ist sinnvoll und geschieht aus drei Gründen. Erstens aus praktischen Gründen, denn wir müssen wissen, wer die Macht besitzt. Es sind dies die Ärzteschaft und die Pflege, das Krankenhaus, die Krankenversicherung, die Gesellschaft, aber auch der Patient selbst. Zweitens aus moralischen Gründen, denn wer die

⁹ Amartya Sen: Health: Perception versus Observation, in: BMJ 324/7342 (2002) 860–861.

Macht besitzt, muss die Verantwortung für seine Entscheidungen übernehmen. Und drittens aus Gründen der Beurteilung und Evaluation, denn wir müssen wissen, ob Macht für irgendeine bestimmte missliche Situation ursächlich ist – und damit eine Mitschuld trägt.

Nach Max Weber ist Macht die Chance, «innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel, worauf diese Chance beruht».¹⁰ Damit gemeint ist Macht als Willensdurchsetzung. Hier stellt sich immer und zwingend die Legitimationsfrage. Im Gegensatz dazu versteht Hannah Arendt Macht als «Handeln mit anderen in gegenseitigem Einvernehmen»: «Macht entspricht der menschlichen Fähigkeit, nicht nur zu handeln oder etwas zu tun, sondern sich mit andern zusammenzuschliessen und im Einvernehmen mit ihnen zu handeln.»¹¹ Für Hannah Arendt ist Max Webers Macht als Herrschaft geradezu das Gegenteil von Macht.

Im medizinischen Alltag sind beide Arten von Macht präsent. Die erste Form nach Weber ist patientenfeindlich und im Kontext von Krankheit und Medizin meistens kontraproduktiv, die zweite nach Arendt ist dagegen patientenfreundlich und produktiv. Unser aktuelles Medizinverständnis und unser mehrheitlich als partnerschaftlich verstandenes Arzt-Patienten-Verhältnis zwingt die Akteure in der Medizin dazu, Macht als Handeln «im Einvernehmen» zu verstehen und entsprechend auszuüben. Dennoch wird Macht nicht selten als Willensdurchsetzung verstanden, insbesondere in patriarchalisch geprägten Arzt-Patienten-Verhältnissen.

Macht ist in der Medizin omnipräsent und äussert sich verschiedenartig. Martin Hartmann beispielsweise erwähnt (1) die Definitionsmacht (über gesund und krank, über den Dringlichkeitsgrad respektive über die Aufnahme oder Nichtaufnahme ins Krankenhaus, aber auch die Macht zur Bagatellisierung eines Leidens bei Fehlen von naturwissenschaftlich belegbaren Fakten); (2) die Sanktionsmacht (beispielsweise Atteste und Gutachten); (3) die

¹⁰ Max Weber: *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen 2002, Kapitel 1, § 16.

¹¹ Hannah Arendt: *Macht und Gewalt*, München 1993, II 44–58.

Steuerungsmacht (beispielsweise die Kompetenz zur Steuerung der Gesprächsführung, der Abklärungs- und Behandlungsstrategie); und (4) die institutionelle Macht (Statusakzeptanz, Anonymität, Warteschlangen, Patienten als Bittsteller oder die Position gegenüber Krankenversicherungen und Institutionen).¹²

Krankheit führt unweigerlich zu einem Ungleichgewicht zwischen dem Heilenden und dem zu Heilenden und geht oft zu Lasten des zu Heilenden. Es kommt aber auch vor, dass die Machtverhältnisse umgekehrt sind: Ein übermüdeten und überforderter Arzt steht in einer Notfallsituation den Begehrlichkeiten und Erwartungen eines anspruchsvollen Patienten gegenüber. Hier sind einfach die Rollen vertauscht. Dies geschieht im Übrigen viel häufiger, als von Patientenseite vermutet wird.

Wenn Macht in der Medizin im Sinne von Hannah Arendt zu verstehen ist, nämlich als ein erwünschtes Ergebnis einer nützlichen und erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen dem Patienten und dem Arzt, dann ist Macht weit davon entfernt, als Bedrohung oder Gefahr aufzutreten. In dieser Form ist sie geeignet, für den Patienten die richtigen Entscheide zu treffen.

2. Tun und Lassen in der Medizin

Um das Spannungsfeld von Tun und Lassen in der Medizin sichtbar zu machen, ist die Kenntnis wesentlicher Fakten zu der breiten Thematik von Gesundheit, Krankheit und Medizin zwingend. Zentral sind hier die drei im ersten Teil vorgestellten und diskutierten Themenkreise: Was ist Gesundheit, was Krankheit? Was bedeutet Medikalisierung? Und wo und in welcher Art äussert sich Macht in der Medizin?

In diesem zweiten Teil geht es nun um das Tun, um das Handeln in der Medizin und insbesondere um die Option des situativen

¹² Martin Hartmann: Skript über Macht, MAS Philosophie und Medizin, Luzern 2014.

Nicht(s)tuns. In der modernen Medizin ist bekanntlich das Tun das übliche, denn meistens ist ja auch etwas zu tun. Das Nicht(s)tun, das absichtliche Unterlassen einer bestimmten medizinischen diagnostischen oder therapeutischen Intervention dagegen ist erfahrungsgemäss die Ausnahme. Um genau dieses situative Nicht(s)tun in der Medizin geht es im Folgenden. Man kann hier einwenden, dass heute aufgrund des hohen Kostendrucks in vielen Fällen auch zu wenig oder überhaupt nichts mehr getan wird. Das mag für einzelne Fälle zutreffen – dann handelt es sich aber nicht um einen bewussten, freiwilligen Entscheid zur Unterlassung einer bestimmten medizinischen Intervention aufgrund der Überzeugung, dass das Nicht(s)tun für den Patienten die bessere Lösung ist, sondern bloss um einen Handlungsverzicht zwecks Kostenersparnis.

Bei der Thematik des situativen Nicht(s)tuns in der Medizin, von dem hier die Rede ist und das explizit ein situatives ist, geht es um die Möglichkeit der freien Entscheidung in einer Wahl zwischen den beiden zur Verfügung stehenden Optionen des Handelns und des Nicht-Handelns. Und gewählt wird dabei der Handlungsverzicht, weil sowohl der Patient als auch der Arzt der Überzeugung sind, dass nur ein solcher dem Patientenwohl wirklich dient. Es ist der Aspekt der situativen Unterlassung, diese kleine Nische, die sonst niemanden interessiert, eine Unterlassung, die im Übrigen im Praxisalltag gar nicht so einfach ist, denn das Handeln steht uns wesentlich näher als das Nicht-Handeln. Nebst hoher Wertschätzung und grossem Respekt vor all den Spitzenleistungen der modernen Medizin macht sich bei Gesunden und Kranken ein gewisses Unbehagen bemerkbar. Es wird generiert durch die Beobachtung, dass das enorme Potential an medizinisch-technischen Möglichkeiten dem genuin Menschlichen in der Medizin oft abträglich ist. Was wir brauchen, ist eine ausgewogene Praxis des Handelns und des Geschehen-lassens, eine Praxis, die für den Patienten das Optimale, nicht das Maximale im Visier hat.

Und es geht in diesem zweiten Teil auch darum, aufzuzeigen, dass die im ersten Teil vorgestellten Themenkreise eine zentrale Rolle spielen: nämlich immer dann, wenn es darum geht, im praktischen

Alltag zu entscheiden, ob aus medizinischer Sicht etwas zu tun oder eben zu unterlassen ist.

2.1 Handlungstheoretische Optionen

Handlungstheoretisch gibt es zwei Optionen: Handeln und nicht handeln. Was hier interessiert, sind im Wesentlichen zwei Fragen in Zusammenhang mit dem Nicht-handeln, also mit der Unterlassung einer Handlung.

Erstens die Frage der kausalen Wirksamkeit des Unterlassens einer Handlung: Kann etwas von seiner Wesens- und Begriffsbestimmung her Negatives denn irgendetwas verursachen oder gar bewirken? Die Antwort lautet ja. Ontologisch Negatives negiert den Aspekt der Kausalität nicht, denn die Unterlassung einer Handlung unterwirft sich der Kausalität des Spontanverlaufs.

Zweitens zur Frage der moralischen Bedeutsamkeit des Unterlassens einer Handlung: Kann man sich durch Unterlassung einer Handlung aus der Verantwortung stellen? Nein, denn sowohl für das Handeln als auch für das Unterlassen, also für das Zulassen des Spontanverlaufs, braucht es gute Gründe. Die Antwort lautet: Bezüglich moralischer Bedeutsamkeit gibt es keinen prinzipiellen Unterschied zwischen Handeln und Unterlassen. Das heisst, dass sich der Unterlassende, der es einfach geschehen lässt, sich weder der Kausalität noch der moralischen Bedeutsamkeit und Verantwortlichkeit entziehen kann.

2.2 Das Handeln oder Tun in der Medizin

Was hier interessiert, ist das Tun und Nicht(s)tun im Kontext der Medizin. Das Kerngeschäft ärztlichen Handelns wird heute getrieben durch permanente Interventionen am Kranken. Dass medizinischer Aktivismus in vielen Fällen notwendig ist und dass sich die ärztliche Praxis im Wesentlichen über das Tun definiert, steht hier nicht zur Debatte. Es geht vielmehr um die Feststellung, dass in der Medizin oft ein medizinischer Hyper-Aktivismus in Form permanenter medizintechnischer Interventionen betrieben wird, und dass dieser

in vielen Fällen nicht zum Wohl des Patienten ist. Aktivismus in der Medizin wird im Wesentlichen durch drei Faktoren gefördert:

(1) Durch die treibenden Kräfte: Auf Seiten des Patienten sind es die allzu grossen Erwartungen an die Medizin und auf Seiten des Arztes sein Pflichtgefühl und seine Angst vor Misserfolg und vor allfälligen juristischen Konsequenzen. Dazu kommen überhöhte Machbarkeitsvorstellungen, Selbstüberschätzung, finanzielle Fehlanreize und Interessen der Wissenschaft.

(2) Durch eingespielte Automatismen: Dazu gehören diagnostische und therapeutische Aktionen, die sich in einer bestimmten Situation gewohnheitsmässig, gedankenlos, algorithmisch und zwangsläufig vollziehen. Sie werden im Einzelfall kaum hinterfragt. So beispielsweise Routineuntersuchungen wie gewisse Labortests, Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen, aber auch andere medizinisch-technische Abklärungen. Automatismen sind in der Medizin häufig und nicht generell schlecht. Sie sind Ausdruck einer gewissen beruflichen Routine und Erfahrung, können aber auch Folge eines ständigen Zeitdrucks und fachlicher Unsicherheit sein. Vor allem aber verhindern Automatismen die Möglichkeit, in einer bestimmten Situation etwas anderes oder gar nichts zu tun.

(3) Durch fragwürdige Abhängigkeiten: Übermässiges Tun kann auch durch problematische Abhängigkeiten gefördert werden, insbesondere im Spitalbereich. Sie entstehen in erster Linie im Dreiecksverhältnis von Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Leistungsträger. Und bekanntlich ist auch das Verhältnis zwischen den Ärzten verschiedener Hierarchiestufen nicht immer ganz unproblematisch.

Das Zusammenspiel dieser treibenden Kräfte, Automatismen und Abhängigkeiten in Verbindung mit dem Faktor Macht als Willensdurchsetzung trägt entscheidend zum auffallend aktiven Verhalten der Ärzte und Patienten bei. Für sie alle gilt der Handlungsprimat, das heisst, sie führen zu permanentem medizinisch-technischen Handeln. Und sie alle haben unmittelbar mit den drei inzwischen bekannten Fragen zu tun, was mit Gesundheit und Krankheit überhaupt gemeint ist, wieso sich oft eine Medikalisierung

im Übermass ergeben kann und wieso letztlich auch Machtfaktoren in der Medizin zum Wirken kommen.

2.3 Das situative Unterlassen medizinischer Interventionen.

Situatives Nicht(s)tun in der Medizin

Der Ausdruck «situatives Nicht(s)tun in der Medizin» meint die Unterlassung medizinischer Vereinnahmungen des Patienten durch Diagnostik, Therapie und andere Interventionen, die dem Wohlergehen des Patienten abträglich sind. Insbesondere geht es darum, dem Patienten physische und psychische Kollateralschäden von nutzlosen Interventionen zu ersparen. Die vordringliche Aufgabe der Medizin ist es, das Sinnvolle und Nützliche für den Kranken zu erkennen und sich vom Sinnlosen und Nicht-Nützlichen konsequent zu verabschieden. Das Adjektiv «situativ» weist darauf hin, dass im Laufe des ganzen Abklärungs- und Behandlungsprozesses genau hinzuschauen ist und diejenigen Situationen zu benennen sind, in denen die Unterlassung einer medizinisch-technischen Intervention für den Patienten die bessere Option ist. An diesem Findungsprozess sind immer beide, der Arzt und der Patient, beteiligt.

Das Unterlassen medizinischer Interventionen ist explizit immer dann geboten, wenn Interventionen jeglicher Art für das leibliche oder seelische Wohl des Patienten kontraproduktiv sind. Oder anders formuliert: Schlecht begründete, unnötige Diagnostik und Therapie, die den Patienten nur belasten und ihm keinen Nutzen bringen, sind zwingend zu unterlassen. Die Forderung nach situativem Nicht(s)tun lässt sich begründen. Einerseits rational: Wenn davon auszugehen ist, dass der Spontanverlauf für den Patienten die bessere Alternative ist, besteht die Pflicht, medizinisches Tun zu unterlassen. Situatives Nicht(s)tun fordert dementsprechend einerseits einen normativen Status im Sinn einer ärztlichen Verpflichtung. Andererseits lässt sich diese Forderung auch durch die Autonomierechte der Patienten begründen: namentlich durch das Gebot, den Patienten vor nicht zwingenden oder gar unnötigen medizinisch-technischen Vereinnahmungen fernzuhalten und zu schützen. Es soll dem

Patienten unersetzbare Freiräume verschaffen, ihm medizinexterne Handlungsweisen ermöglichen und ihn in Frieden und Ruhe leben zu lassen, was es noch zu leben gibt.

Für die Konzeption des situativen Nicht(s)tuns in der Medizin sind die Aspekte der Intuition und der Intention fundamental. Intuition hat viel mit Ahnung und Gespür zu tun, beides Qualitäten, die dem Subjektiven sehr nahestehen. Intuition ergibt sich aus hinschauen, betrachten und erwägen und steht für ein spontanes, umfassendes Wahrnehmen einer bestimmten Gegebenheit. Intuition ist zwar dem Risiko der Täuschung unterworfen, bildet jedoch die individuellen und unmittelbaren Bedürfnisse des Betroffenen ab. Intention meint die Absicht und die Bereitschaft, etwas zu tun oder zu lassen. Diese Absichtlichkeit impliziert die Bereitschaft, für eine bestimmte Entscheidung selbst die Verantwortung zu übernehmen und ist darüber hinaus ein wesentliches Element der Patientenautonomie.

2.4 Risiken und Chancen von Tun und Nicht(s)tun in der Medizin

Beide, das Tun und das Unterlassen sind risikoreich, beide implizieren Chance und Gefahr zugleich. Ihnen gemeinsam ist zudem ein Paradoxon – nämlich das Paradoxon, dass beide Optionen vorgeben, in einem bestimmten Fall die bessere Position zu sein, ihre antagonistische Alternative aber in der Praxis nie gleichzeitig realisiert werden kann. Das Ergebnis der Alternative wird somit nie bekannt sein.

Jedes Tun, jedes medizinische Handeln ist riskant und janusköpfig, denn auch wenn die Gründe für das Tun gute Gründe sind, entspricht das tatsächliche Handlungsergebnis nicht in jedem Fall dem erhofften – das zeigt die Alltagserfahrung. Wenn nun – trotz guten Handlungsgründen – das Ergebnis «schlecht» ist, wird man zwar enttäuscht sein, man wird sich aber damit trösten, zumindest etwas gemacht und nichts versäumt zu haben. Gleich einem Handlungsversuch, der nun eben gescheitert ist.

Im Fall der Unterlassung einer medizinischen Handlung dagegen ist dies ganz anders, denn es kommt rasch einmal der Gedanke

auf, nun doch etwas verpasst zu haben. Genau hier liegt eine der Schwierigkeiten des situativen Nicht(s)tuns in der Medizin, und sie kann zum Stolperstein für deren Akzeptanz werden. Bei Handlungsunterlassung stellt sich demnach ganz besonders und schon sehr früh die Frage, wie ein allenfalls schlechter Krankheitsverlauf vom Patienten und dessen Angehörigen wohl akzeptiert wird. Hier besteht das Risiko, dass im Fall eines ungünstigen Verlaufs eine Unterlassung im Nachhinein kritisiert wird. Auch dann, wenn gar nie bekannt sein wird, ob sich das Tun wirklich als geeigneter erwiesen hätte. Aus diesem Grund ist es wichtig und ratsam, den Patienten über diese Gefahr zu informieren und mit ihm dieses Thema rechtzeitig zu besprechen.

Die Frage, ob in einer bestimmten Situation medizinisch etwas getan werden soll oder nicht, muss einem permanenten Such- und Findungsprozess unterworfen sein und erfordert Flexibilität vom Arzt und vom Patienten. Zudem darf ein allfälliger Entscheid nie als grundsätzlich und unumstösslich verstanden werden. Dabei ist zu unterscheiden zwischen (a) dem medizinisch-technischen Tun, für das situativ die Option der Unterlassung besteht, und (b) dem ärztlich-begleitenden Tun. Für Letzteres, namentlich das Präsentsein des Arztes und das Begleiten des Patienten, besteht selbstverständlich nie die Option der Unterlassung. Als Teil der ärztlichen Aufgabe und Pflicht ist ein solches immer geboten. Zudem muss in diesen Such- und Findungsprozess einfließen, was im ersten Teil dieses Beitrags ausführlich dargestellt wurde. Dazu braucht es die Kenntnis und das Wissen über die drei erwähnten wesentlichen Begrifflichkeiten in der Medizin und deren Bedeutung, und es braucht eine gewisse Sensibilisierung und die Bereitschaft, sich die Auswirkungen und Gefahren dieser Stolpersteine im medizinischen Alltag bewusst zu machen.

Erfahrungen am Krankenbett zeigen, dass der Preis des vermeintlich Machbaren, das sich im Krankheitsverlauf dann doch nicht als machbar erweist, bisweilen wesentlich höher ist, als der Preis, Ungemachtes zu ertragen. Anders gesagt: Die Rechnung geht oft nicht auf, mindestens nicht für den Patienten.

Es zeigt sich, dass situatives Nicht(s)tun viel zu tun hat mit Ehrlichkeit und Genügsamkeit, beides Tugenden, die im Umgang mit kranken Menschen geboten sind. Zudem ist es Ausdruck von Respekt vor dem Patienten und der Achtung des Prinzips des Nichtschadens, des *nihil nocere* im Sinne der hippokratischen Tradition. Nachdenken über situatives Nicht(s)tun bedeutet demnach auch Nachdenken über die Frage, wie wir in Zukunft mit den Möglichkeiten der modernen Medizin umzugehen gedenken, und wie sich diese auf den Menschen und die Gesellschaft auswirken wird. Die Entwicklung der Medizin ist nie bloss ein partikulares Geschehen: Neben dem direkten Einfluss auf den Erkrankten hat sie immer auch einen indirekten Einfluss auf die Gesellschaft und letztlich auf die Gattung Mensch.

So stellen sich unter anderem folgende Fragen: Was kann, darf und soll der Mensch mit den exponentiell wachsenden Forschungsergebnissen und den beinahe unbegrenzten Möglichkeiten der Medizin anfangen? Wer hat die Kompetenz, sich hier ein umfassendes Bild zu machen, und wer hat die Weitsicht, das wirklich Sinnvolle und Angemessene in jedem Fall zu erkennen? Je weniger der Mensch bereit ist, das Bestehende und Gewordene zu akzeptieren und vorzugsweise das Machbare sucht, desto mehr wird er zum Zauberlehrling in eigener Sache. «Der Anspruch auf völlige Beherrschung der menschlichen Natur entspringt» – so Klaus Goergen – «einer grandiosen Hybris, die vergessen hat, dass die Seele nicht alles mittragen kann, was der Verstand sich an Freiheit anmassst. Wer sich als Gemachter versteht, wird am Ende als Gemachtes behandelt».¹³

Wir alle – nicht nur wir Ärztinnen und Ärzte – müssen uns mit diesen Themen auseinandersetzen, wir müssen genügend darüber wissen, sachlich argumentieren und letztlich in einer für uns alle verständlichen Sprache Stellung beziehen. Dabei ist zu bedenken, dass unsere Moralvorstellungen sehr verschiedenartig sind. Eine umfassende Argumentation muss sowohl vom konkreten Fall (von

¹³ Klaus Goergen: Körper und Moral. Medizinische Positionen im Überblick (2008) 1. <https://docplayer.org/6160045-Koerper-und-moral-medizinethische-positionen-im-ueberblick-2008.html> (Zugriff 10.8.2020)

unten), als auch von allgemeinen ethischen Prinzipien aus (von oben) ein Überlegungsgleichgewicht suchen. Nur so wird es gelingen, intuitive und theoretische Argumente möglichst widerspruchsfrei zusammenzubringen.

2.5 Was tun wir nun aber, wenn wir medizinisch nichts tun?

Angenommen, wir tun medizinisch wirklich nichts. Weder diagnostisch noch therapeutisch, weder betreffend Symptomatik noch Lebensverlängerung. Wenn wir medizinisch nichts tun, nehmen wir keinen Einfluss auf das Profil einer Krankheit und überlassen diese dem Spontanverlauf. Das muss nun aber nicht bedeuten, dass wir überhaupt nichts mehr tun – vielmehr ist etwas ganz anderes zu tun.

Auch wenn es paradox klingen mag: Situatives Nicht(s)tun ist ein aktiver Terminus, denn die Unterlassung medizinischer Interventionen impliziert die Entstehung eines Freiraums, der sinnvoll gefüllt werden kann. Situatives Nicht(s)tun hat gleichsam eine katalytische Wirkung auf eine ganz andere Form und Weise von Tun. Damit kann ein medizinexternes Tun ermöglicht und verwirklicht werden. Ein Handeln also, das sich typischerweise ausserhalb medizinischer Tätigkeiten ansiedelt und mit Medizin gar nichts mehr zu tun hat, umso mehr aber mit einer sinnvollen Beschäftigung mit Dingen und Themen, die sich jenseits des Krankseins verorten. Es ist frei von interventionsassoziierten, unerwünschten Nebenwirkungen und Komplikationen. So geht es letztlich darum, den Übergang von medizininternem zu medizinexternem Tun zu schaffen.

Wenn hier von einer ganz anderen Weise von Tun die Rede ist, so ist damit folgendes gemeint:

- Die Stärkung der Ressourcen des Patienten und die Förderung seiner Resilienz.
- Das Bestreben, die aktuelle gesundheitliche Situation ganz bewusst zu akzeptieren und sich allenfalls durch das Gegebene auch einmal treiben zu lassen.
- Die Beschäftigung mit sich selbst, mit der Familie, dem Freundeskreis – mit Liebhabereien und Vergnügen im Rahmen des Machbaren.

- Dies alles in Übereinstimmung mit der Persönlichkeit des Betroffenen und mit dessen aktuellen körperlichen und geistigen Möglichkeiten.

Dieser Wechsel von der medizininternen Ebene des Wissen- und Handelns-Wollens auf die medizinexterne Ebene der Linderung der individuellen Lebensnot des Patienten lässt erst die Umsetzung des genuin ärztlichen Praktizierens in ihrer Vollständigkeit zu. Der Arzt wird jetzt in einer Weise benötigt, bei der er sich nicht allein durch sein medizinisches Fachwissen und durch medizinisch-technische Anordnungen profilieren kann, sondern in einer Weise, in der er sich dem Patienten als einem Menschen in seinem Leiden stellen muss.

Fazit: Die Thematik des situativen Unterlassens hat in den letzten Jahren zwar Einzug in die medizinischen Publikationen gefunden. Doch sie wird in erster Linie als Sparmassnahme verstanden, als ein Versuch, die Kosten im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Dies, ohne dabei zu bedenken, dass die Option der situativen Unterlassung zwingender Bestandteil einer genuinen, patientenorientierten Medizin ist.

Die Legitimität des Tuns, das über Jahrtausende Prämisse und Paradigma zugleich für Erfolg und Prosperität war, sieht sich vermehrt einem ernstzunehmenden Konkurrenten, dem situativen Nicht(s)tun, gegenüber. Sie ist gleichsam das Ergebnis eines philosophischen Denkens, dessen Inhalt und Ziel als Gegenentwurf zu einer Lebensweise zu verstehen ist, die dem Menschen immer mehr zumutet und ihn zunehmend überfordert. Es gilt, in der Medizin die beiden Handlungsoptionen Tun und Nicht(s)tun als gleichwertig zu akzeptieren. Nur so kann eine Entspannung innerhalb des aktuellen Ungleichgewichts in Bezug auf Tun und Lassen in der Medizin gelingen. Verteidigt die Medizin den aktuellen (Hyper-)Aktivismus und gesteht sie diesem weiterhin den prioritären Status zu, besteht die Gefahr, dass der Patient vom Subjekt zum Objekt wird, dass der Kranke gewollt oder ungewollt durch die Medizin instrumentalisiert wird: So beispielsweise, wenn Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden, die für den Patienten weder diagnostische

noch therapeutische Konsequenzen haben – Untersuchungen, bei denen bereits prospektiv Nutzen und Sinn in Frage gestellt werden und überdies das Leiden des Patienten noch zusätzlich vergrössern. Oder wenn Therapien installiert werden, die mit schweren Nebenwirkungen verbunden sind, bei denen aber kaum eine Wirkung zu erwarten ist.

Das ärztliche Selbstverständnis erfordert, über althergebrachte, eingefahrene Denkweisen und Mechanismen in der Medizin kritisch nachzudenken. Das Prinzip der heilvollen Unterlassung muss in die erfolgreiche moderne Medizin gewinnbringend integriert werden, aus Respekt vor dem Erkrankten und in Übereinstimmung mit einer zeitgemässen ärztlichen Ethik. Dies im Wissen, dass sich die Medizin nicht immer den moralischen Erwartungen der Gesellschaft unterzieht und dass sie diese Erwartungen auch selbst konstituiert – gleichzeitig und nachhaltig.

Es ist deshalb zu hoffen, dass die Gesellschaft dazu bereit ist, dies zu bedenken, und dass es der Politik gelingt, die notwendigen Rahmenbedingungen für das Prinzip der heilvollen Unterlassung zu schaffen. Dazu gehören insbesondere:

- (1) ebenbürtige Dignität der beiden Handlungsoptionen
- (2) situatives Nicht(s)tun als effektiv disponible Option im Praxisalltag
- (3) Befreiung des medizinischen Alltags vor ungesundem (Hyper-)Aktivismus
- (4) Bereitschaft, die Risiken und Gefahren zu erkennen, die sich rund um die Thematik von Gesundheit und Krankheit, Medikalisierung und Macht im medizinischen Alltag ergeben
- (5) Respektierung des Patienten als Subjekt
- (6) Neubeschreibung eines bestmöglichen Arzt-Patienten-Verhältnisses
- (7) Bekanntmachung und Ermöglichung einer ganz anderen Art von Tun

Schliesslich darf situatives Nicht(s)tun weder an Bedingungen geknüpft sein, noch darf es Auswirkungen auf Patienten haben, die für diese diskriminierend sind.

95 Beat Gerber: Im Spannungsfeld zwischen Tun und Lassen

conexus 3 (2020) 75–95

© 2020 Beat Gerber. Dieser Beitrag darf im Rahmen der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 – Creative Commons: Namensnennung/nicht kommerziell/keine Bearbeitungen – weiterverbreitet werden.



<https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.007>

Dr. Beat Gerber, MAS Philosophie und Medizin, Brechbühlerstrasse 15,
3006 Bern

beat.gerber@hispeed.ch

Ulrike Zeuch

Das Gesunde und Kranke in der Literatur Robert Musil und die Krise der Moderne

Kunst kann Unanständiges und Krankes wohl zum Ausgangspunkt wählen, aber das daraufhin Dargestellte – nicht die Darstellung, sondern das dargestellte Unanständige und Kranke – ist weder unanständig mehr noch krank.

Musil stellt in seinem Essay *Das Unanständige und Kranke in der Kunst* (um Folgenden zitiert als *Essay*), der erstmals am 1. März 1911 im *Pan* erschien,¹ die These auf, dass Kunst zwar «Unanständiges und Krankes» zum «Ausgangspunkt» wählen könne, das «daraufhin Dargestellte – nicht die Darstellung, sondern das dargestellte Unanständige und Kranke» – jedoch «weder unanständig mehr noch krank» sei.² Musil bezeichnet seine These nicht als Annahme, die es noch zu beweisen gelten würde, sondern als *Axiom*.³ Dass er hier den Begriff *Axiom* verwendet, ist mehr als bloße Rhetorik oder strategisches Raffinement: Es ist Programm. Er verwendet einen Begriff, der durch David Hilbert, den Begründer der formalistischen, für das 20. Jahrhundert wegweisenden Logik 1889 eine radikal neue Bedeutung erhalten hat.⁴ In der sogenannten klassischen Axiomatik,

¹ R. Musil: *Das Unanständige und Kranke in der Kunst*, in: Klagenfurter Ausgabe (im Folgenden zitiert als KA). Kommentierte Edition sämtlicher Werke, Briefe und nachgelassener Schriften, hg. von Walter Fanta u.a., Klagenfurt 2016ff., IX 135–144.

² Ebd., 139.

³ Ebd.

⁴ David Hilbert: *Grundlagen der Geometrie*, Leipzig 1899; zu den ideengeschichtlichen und systematischen Hintergründen dieser Umdeutung vgl.

von Euklids Geometrie ausgehend, gilt das Axiom als Ausgangs- oder Grundsatz, der früher als das aus ihm Bewiesene ist und dieses begründet, sich selbst aber weder begründen noch deduktiv ableiten lässt.⁵ Laut Hilbert jedoch ist jede unabgeleitete Aussage als Aussageform ein Axiom; diese ist – bezogen auf eine Theorie, etwa ein axiomatisches System – an sich weder wahr noch falsch, ist (zunächst) unbewiesen, muss aber nicht zwingend unbewiesen sein bzw. bleiben.⁶ Als radikal neu, weder wahr noch falsch und nicht zwingend unbeweisbar – so will Musil seinen *Essay* verstanden wissen.

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte von Musils Argumentation dargelegt und die Konsequenzen für die Kunst der Moderne skizziert, die sich aus seinem Axiom ergeben. Die Form des Essays gilt Musil als philosophisches Medium der Selbstreflexion,⁷ als Medium eines «lebendigen Denkens»,⁸ das essayistische Schreiben als ein Schreiben ohne Denkverbot oder äussere und innere

Markus Schmitz: *Analysis – eine Heuristik wissenschaftlicher Erkenntnis: platonisch-aristotelische Methodologie vor dem Hintergrund ihres rhetorisch-technisch beeinflussten Wandels in Mathematik und Philosophie der Neuzeit und Moderne*, hg. von Wolfgang Bernard u.a., Freiburg im Breisgau 2010.

⁵ Axiom, in: Joachim Ritter (Hg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Basel, Stuttgart 1971, I 737–748; dazu, dass der Begriff «Axiom» seit Aristoteles vielfältig umgedeutet worden ist, vgl. Nikolai N. Stuloff: *Axiom, Exaktheit und Methodenreinheit. Historische Beiträge zum Wandel von Konzepten der Mathematik, mit einer Einleitung Erinnerungen an Nikolai Nikolajewitsch Stuloff* versehen und hg. von Fritz Krafft und mit einem Geleitwort von Christoph J. Scriba, Augsburg 2008.

⁶ Axiom, in: Jürgen Mittelstraß (Hg.): *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*, Stuttgart 2005, I 332–333; Ruth Bendels (Erzählen zwischen Hilbert und Einstein. Naturwissenschaft und Literatur in Hermann Brochs «Eine methodologische Novelle» und Robert Musils «Drei Frauen», Würzburg 2008) hebt hervor, dass die Gemeinsamkeit zwischen Literatur und Mathematik für Musil darin bestehe, «Systeme für spätere, noch unbekannte Ziele zu erfinden» (239).

⁷ Vgl. Birgit Nübel: *Robert Musil. Essayismus als Selbstreflexion der Moderne*, Berlin 2006.

⁸ Olav Krämer: *Denken erzählen. Repräsentationen des Intellekts bei Robert Musil und Paul Valéry*, Berlin 2009, 165–169.

Zensur.⁹ Zunächst jedoch gilt es zu klären, was Musil unter *unanständig* und *krank* versteht, und diese Begriffe in den Kontext seines Werks und seiner Zeit zu setzen.

«Krank» und «unanständig» – Musils Begriffsbestimmung

Unter «krank» und «unanständig» versteht Musil die gesellschaftlich, das heisst moralisch geächtete und zugleich von der Gesetzgebung und der praktizierten Rechtsprechung aus sanktionierte Devianz im Sinne einer Abweichung von der Norm.¹⁰ Dabei hat er vor allem die sexuelle Devianz im Blick.¹¹ Die Beispiele, die er dafür in seinem *Essay* anführt, sind Abweichungen, die sich im Bereich der Fantasie abspielen; sie werden nicht manifest, anders als zum Beispiel in den *Verwirrungen des Zöglings Törless* im physischen und psychischen sexuellen Missbrauch Basinis¹² oder im *Mann ohne Eigenschaften* (im Folgenden zitiert als *MoE*) in den Sexualmorden Moosbruggers.¹³ Diese Devianz geschieht assoziativ, ereignet sich

⁹ Zsuzsa Bognár: «Als Mischprodukt verrufen». Der literarische Essay der Moderne, Wien 2017, zu Musils Kulturkritik im *Essay*: 133–168. Vgl. Birgit Nübel: Möglichkeitssinn und Essayismus, in: Birgit Nübel, Norbert Christian Wolf (Hg.): Robert Musil Handbuch, Berlin, Boston 2016, 719–725, sowie Andrea Pelmtner: «Experimentierfeld des Seinkönnens» – Dichtung als «Versuchsstätte». Zur Rolle des Experiments bei Robert Musil, Würzburg 2008.

¹⁰ Vgl. zum zeitgenössischen Begriff der «Norm» bzw. «Normalität» Michaela Ralser: Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie. Kulturen der Krankheit um 1900, München 2010.

¹¹ Zum Kontext der Zensur, Perversion, Pornographie, Psychoanalyse und Sexualwissenschaft in Musils *Essay* vgl. Birgit Nübel: «ein dünner Dunst fremden Leibes». Perversionen des Erkennens in Musils *Essay* «Das Unanständige und Kranke in der Kunst», in: Musil-Forum 31/10 (2009) 23–38.

¹² R. Musil: Die Verwirrungen des Zöglings Törless, KA VII 11–220; vgl. Dorothee Kimmich: Die Verwirrungen des Zöglings Törless (1906), in: B. Nübel, N. Ch. Wolf: Robert Musil Handbuch, 101–111, hier 105.

¹³ Vgl. Mark Ludwig: Zurechnungsfähigkeiten. Kriminologie in Robert Musils *Mann ohne Eigenschaften*, Würzburg 2011, hier bes., 92–132 (Fallgeschichten) u. 133–146 (Kriminalphysiognomien).

im Kopf, und zwar dann, wenn das Bewusstsein schwankt, ins Flattern kommt, erregt wird und sich «Halbvorgänge[n]» hingibt, die «nie vollendet, dennoch geschlechtlich, dennoch unerlaubt hier, dennoch prometheisch» zum ersten Mal dann fühlbar werden, wenn das Ich seine rationale Kontrolle für einen Moment preisgibt.¹⁴

Dieses Kino im Kopf, assoziativ, im Moment, wie von selbst, unwillkürlich, das heisst der Kontrolle des bewussten Ichs entzogen, passiert gerade in – von aussen betrachtet – scheinbar äusserst rationalen, linearen Vollzügen, etwa denen eines Chirurgen bei einem hoch konzentrierten operativen Eingriff:

[...] irgendeiner spricht – sachlich, wenig, medizinisch – ein Dirigierender, ein Herr und etwas liegt reglos dargeboten, eine Wunde, halb fremd hier, blumenhaft, halb blutig Schleimendes, geöffnet, mitten in der weissgespannten Haut der Seite, wie ein Mund ... Eine automatische Assoziation ... küssen, die wehrlose Haut der Lippen daraufpressen. Warum? Wer weiss es? Eine äussere Ähnlichkeit, eine Wehmut? ... Ein Sekundenteil Grauen darüber und dann wieder Kommandoworte und schnelle Handgriffe.¹⁵

Analog inszeniert Gottfried Benn mit seinem 1912 veröffentlichten Gedichtzyklus *Morgue* den Einbruch assoziativer, sexuell konnotierter Imaginationen in äusserlich rationale Handlungsvollzüge.¹⁶

¹⁴ R. Musil: Das Unanständige, KA IX 136.

¹⁵ Ebd. Zeitgleich erprobt Gottfried Benn (Prosa und Autobiografie. In der Fassung der Erstdrucke, hg. von Bruno Hillebrand, Frankfurt am Main 1984) in den Rönne-Novellen mit dem jungen Arzt Rönne – Pathologe und Chirurg in einer Lungenheilstätte in Vertretung – den Austritt aus dem Bereich der Normalität; vgl. *Gehirne* (1914) und den Übertritt in den «Bereich der Möglichkeiten» (34), «in das Fragwürdige» (36), das «Ungeformte», das «Uferlose» (37), fern «zielstrebigen, kausal geleiteten Handelns» (38). In *Der Geburtstag* (1916) lässt Benn Rönne sinnieren: «Welches war der Weg der Menschheit gewesen bis hierher? Sie hatte Ordnung herstellen wollen in etwas, das hätte Spiel bleiben sollen. Aber schliesslich war es doch Spiel geblieben, denn nichts war wirklich. War er wirklich? Nein; nur alles möglich, das war er» (47). Vgl. Nicola Gess: *Primitives Denken. Wilde Kinder und Wahnsinnige in der literarischen Moderne* (Müller, Musil, Benn, Benjamin), München 2013.

¹⁶ Vgl. Alexandra Rassidakis: Gottfried Benn, «Morgue». Poetik der Präsenz, in: Peter Hanenberg u.a. (Hg.): *Rahmenwechsel Kulturwissenschaften*, Würzburg 2010, 207–216.

Dass Musil ausgerechnet die sexuelle Devianz im Blick hat, hängt mit der zeitgenössischen Psychoanalyse Sigmund Freuds zusammen. Nicht explizit, aber implizit auf Freud bezogen, schreibt Musil in seinem Essay *Psychologie und Literatur*: Es gebe

psychologische Arbeiten, die wie Dichtungen sind. Es sind Beschreibungen pathologischer Seelenabläufe, die von einer wunderbaren Eindringlichkeit u. so stark gleichnishaft (für den «normalen» Leser) sind, dass der Zusatz von Deutung, der grosse Dichtungen aus ihnen machen würde, kaum entbehrt wird.¹⁷

Während die Gesellschaft des wilhelminischen oder habsburgischen Kaiserreichs diese Art der Abweichung als krank, als moralisch verwerflich, als unanständig verurteilt,¹⁸ sieht Musil in ihr gerade etwas Prometheisches. Prometheus, eine in der Rezeption seit der Antike ebenso schillernde wie ambivalent beurteilte Gestalt der griechischen Mythologie, steht hier wie bei Goethes Hymne *Prometheus* als Prototyp für den Tabubruch. Gebrochen wird jedoch nicht (mehr) ein Tabu der Götter, sondern das der Gesellschaft, die gottgleich moralisches Fehlverhalten meint sanktionieren zu können, aber nicht weniger als die griechischen Götter ihre Sanktionen auf Prinzipien gründet, die menschengemacht, mithin konstruiert und insofern hinterfragbar sind.

Weshalb Musil ausgerechnet die sexuelle Devianz im Blick hat, hat eine weit vor der zeitgenössischen Psychoanalyse Sigmund Freuds liegende grundlegende Ursache: die spätestens seit der sogenannten dunklen Seite der Aufklärung mit Johann Gottfried Herder, Heinrich von Kleist und den Romantikern einsetzende, mit Georg Büchner¹⁹ radikalisierte massive Kritik an der Rationalität, die als Reduktion des Menschen auf das *cogito*, auf das, dessen sich

¹⁷ R. Musil: *Psychologie und Literatur*, in: *Gesammelte Werke*, hg. von Adolf Frisé, Reinbek bei Hamburg 1978, II 1345–1347, hier 1347.

¹⁸ Zu den zeitgenössischen Diskursen um Kriminelle und sexuelle Abweichungen vgl. Yvonne Wübben: *Verrückte Sprache. Psychiater und Dichter in der Anstalt des 19. Jahrhunderts*, Paderborn 2012.

¹⁹ Vgl. Yvonne Wübben: *Büchners «Lenz»: Geschichte eines Falls*, Paderborn 2016.

der Mensch bewusst ist, verstanden wird.²⁰ Bereits in den *Verwirrungen des Zöglings Törless* heisst es:

Ein Gedanke, – er mag schon lange vorher durch unser Hirn gezogen sein, wird erst in dem Momente lebendig, da etwas, das nicht mehr Denken, nicht mehr logisch ist, zu ihm hinzutritt, so dass wir seine Wahrheit fühlen, jenseits von allen Rechtfertigungen, wie einen Anker, der von ihm aus ins durchblutete, lebendige Fleisch riss ... Eine grosse Erkenntnis vollzieht sich nur zur Hälfte im Lichtkreis des Gehirns, zur andern Hälfte in dem dunklen Boden des Innersten, und sie ist vor allem ein Seelenzustand, auf dessen äusserster Spitze der Gedanke nur wie eine Blüte sitzt.²¹

Schon in diesem Werk formuliert Musil den Gedanken, dass die Essenz des Menschen nicht in dem bestehe, was er denke, sondern in dem, was er fühle. Es handelt sich um eben jene Sphäre des Gefühls, der er im *MoE*, ohne bis zu seinem Tod am 15. April 1942 zu einer für ihn befriedigenden Antwort zu kommen,²² immer

²⁰ Vgl. hierzu Ulrike Zeuch: Umkehr der Sinneshierarchie. Herder und die Aufwertung des Tastsinns seit der frühen Neuzeit, Tübingen 2000, 142–162.

²¹ R. Musil: Törless, KA VII 215; vgl. Bernhard Greiner: Crimen – Diskriminierung – Literatur der Übertretung. Musil: «Die Verwirrungen des Zöglings Törless», Muschg: «Der Zusenn oder das Heimat», Kluge: «Warten auf bessere Zeiten», in: Joachim Linder u.a. (Hg.): Verbrechen – Justiz – Medien. Konstellationen in Deutschland von 1900 bis zur Gegenwart, Tübingen 1999, 307–324.

²² R. Musil: Der Mann ohne Eigenschaften (im Folgenden zitiert als *MoE*), KA I–V; vgl. in IV die verschiedenen Versionen des Kapitels «Atemzüge eines Sommertages» (282–297 u. 426–438), die Kapitel «Agathe stösst zu ihrem Missvergnügen auf einen geschichtlichen Abriss der Gefühlspsychologie» (163–178), «Naive Beschreibung, wie sich ein Gefühl bildet» (193–205), «Fühlen und Verhalten. Die Unsicherheit des Gefühls» (205–225), «Die Wirklichkeit und die Ekstase» (249–259) und «Ulrich und die zwei Welten des Gefühls» (260–271). Walter Fanta schreibt im Nachwort zum Band IV (441–463) zur Frage, warum der *MoE* unvollendet geblieben sei: «Wie die Erzählung der Geschwisterliebe ausginge, welche Entscheidung Ulrich angesichts des Kriegsausbruchs trafe, wollte Musil nicht a priori festgelegt wissen, sondern aus dem Ausgang der Gedankenexperimente bestimmen, die Ulrich in seinem sogenannten Tagebuch und die Geschwister in ihren Gesprächen anstellen» (446). Zu Ulrichs Denkweise im *MoE* und ihrer Veränderung vgl. O. Krämer: Denken erzählen, 230–291: «Für

wieder umgeschriebene Kapitel gewidmet hat. Diese Sphäre des Gefühls beschreibt Musil auch als ein Umkehren des Fühlens, es gelte, die «Welt anders zu erleben»,²³ oder, wie in der Erzählung *Die Amsel*, als «einen zauberhaften Zustand»²⁴ «wie im Traum».²⁵

Der Fall des Sexualmörders Moosbrugger. Oder: Wer ist hier krank?

Bevor Musil seinen *Essay* schrieb, hatte er sich eingehend mit dem Fall des Sexualstraftäters Christian Voigt befasst.²⁶ Dieser hatte in Wien in der Nacht vom 13. auf den 14. August 1910 in einem

nicht-ratioide Gedanken ist Musil zufolge kennzeichnend, dass sie mit Gefühlen verbunden sind oder sich mit ihnen verbinden können. Auch die im Roman dargestellten Denkprozesse sind grossenteils mit Gefühlen verwoben. Das Verhältnis zwischen Gedanken und Gefühlen, wie es dort präsentiert wird, kann man in etwas zugespitzter und vereinfachender Weise so zusammenfassen: Gefühle bilden zum einen häufig den *Anstoss* zu Gedankengängen, insbesondere zu Gedankengängen, die auf eine Deutung oder Erklärung dieser Gefühle zielen; und Gefühle übernehmen zum anderen die Funktion der *Bewertung* von Gedanken.» (291)

²³ R. Musil: MoE, KA IV 268.

²⁴ R. Musil: *Die Amsel*, KA VIII, Nachlass zu Lebzeiten (1935), 522–545, hier 528.

²⁵ Ebd., 535. Vgl. hierzu Marie-Louise Roth: *Wirklichkeit und Traum in Robert Musils «Nachlass zu Lebzeiten»*, in: Herbert Arlt, Manfred Diersch (Hg.): *Sein und Schein – Traum und Wirklichkeit. Zur Poetik österreichischer Schriftsteller/innen im 20. Jahrhundert*, Frankfurt am Main 1994, 63–84.

²⁶ Karl Corino: *Robert Musil. Eine Biographie*, Reinbek bei Hamburg 2003, 880–891. Zu Musils lebenslangem Interesse an der Psychiatrie und zur Zeit der Abfassung des *Essays* an «sensationsträchtigen Strafrechtsprozessen» vgl. Yvonne Wübben: *Psychiatrie*, in: B. Nübel, N. Ch. Wolf: *Robert Musil Handbuch*, 524–530, hier 525. Als literarische Vorlage für Musil zentral ist Büchners *Woyzeck*, ein Dramenfragment, für dessen Abfassung Büchner eingehend den historischen Fall «Woyzeck» studiert und auf umfangreiches Material aus medizinischen und juristischen Gutachten zurückgegriffen hat; vgl. Dietrich von Engelhardt u.a. (Hg.): *Der «Mord»*. Darstellung und Deutung in den Wissenschaften und Künsten, Lübeck 2007, 175–186 (zu Woyzeck) und 237–266 (zu Moosbrugger).

Bluttausch eine Prostituierte erstochen, verstümmelt, mit dem Messer zerfleischt. Vor dieser Tat war Voigt bereits in Deutschland als Mörder bekannt gewesen und mehrere Jahre in der Irrenanstalt Bayreuth verwahrt worden. Wegen guter Führung war er 1909 als geheilt entlassen worden.

Was den Fall besonders prekär und für Musil interessant machte, war der Umstand, dass Voigt eine für die psychologische Frage der Zurechnungsfähigkeit und für die juristische Frage der Schuldfähigkeit komplexe Widersprüchlichkeit aufwies: einerseits durchaus intelligent, andererseits zu Jähzorn und unkontrollierten Ausbrüchen neigend.²⁷ Die Richter verhängten auf der Grundlage eines medizinischen Gutachtens, das Voigt die vollumfängliche Schuldfähigkeit attestierte, über ihn die Todesstrafe; diese milderte Kaiser Franz Joseph am 22. Februar 1912 zu lebenslanger Haft ab. Das gesamte Verfahren, das Musil, seit Anfang 1911 in Wien, in der Presse verfolgt hatte, zeigte deutlich die Ambivalenz in der Bewertung von *gesund* und *krank*.²⁸

Im *MoE* stellte Musil diese Ambivalenz am Beispiel des Sexualmörders Moosbrugger, dessen Darstellung durch den Fall Christian Voigts inspiriert ist, im Kapitel «Ausflug ins logisch-sittliche Reich» folgendermassen dar: Alle im Gerichtssaal, Gerichtspsychiater, Juristen, Mediziner, Journalisten, wissen, dass «Moosbrugger in irgendeiner Weise krank» ist.²⁹ Und dennoch folgern sie logisch:

²⁷ <https://www.nzz.ch/feuilleton/robert-musil-und-der-frauenmoerder-in-mann-ohne-eigenschaften-ld.1483798>

²⁸ Zum Themenkomplex Sexualität und Krankheit in Musils *MoE* vgl. Florian Kappeler: *Situiertes Geschlecht. Organisation, Psychiatrie und Anthropologie in Robert Musils «Der Mann ohne Eigenschaften»*, München 2012; Martin Lindner: *Der Mythos «Lustmord». Serienmörder in der deutschen Literatur, dem Film und der bildenden Kunst zwischen 1892 und 1932*, in: Joachim Linder u.a. (Hg.): *Verbrechen – Justiz – Medien. Konstellationen in Deutschland von 1900 bis zur Gegenwart*, Tübingen 1999, 273–306; zur Aktualität vgl. Ulrike Zeuch: *Die Aktualität des Falls «Moosbrugger»*, in: Hans-Edwin Friedrich und Claus-Michael Ort (Hg.): *Recht und Moral. Zur gesellschaftlichen Selbstverständigung über «Verbrechen» vom 17. bis zum 21. Jahrhundert*, Berlin 2015, 399–419.

²⁹ R. Musil: *MoE*, KA I 388.

[...] wenn man teilweise krank ist, ist man nach Ansicht der Rechtslehrer auch teilweise gesund; ist man aber teilweise gesund, so ist man wenigstens teilweise zurechnungsfähig; und ist man teilweise zurechnungsfähig, so ist man es ganz; denn Zurechnungsfähigkeit ist [...] der Zustand des Menschen, in dem er die Kraft besitzt, unabhängig von jeder ihn zwingenden Notwendigkeit sich aus sich selbst für einen bestimmten Zweck zu bestimmen, und eine solche Bestimmtheit kann man nicht gleichzeitig besitzen und entbehren.³⁰

Diese scheinbar so zwingende Logik hat jedoch eine Lücke, und auf diese Lücke will Musil hinaus: Nicht nur Moosbrugger, sondern jeder Mensch ist nicht nur rational, bewusst, kontrolliert, frei in seinen Handlungen, sondern jeder Mensch ist *als derselbe* zugleich auch irrational, unbewusst, unkontrolliert, unfrei in seinen Handlungen. Für Musil ist die Einschätzung des Unterschieds zwischen einem psychisch Kranken, der zum Straftäter oder gar zum Mörder wird, und dem seelisch Gesunden nur eine Frage der Perspektive:

Man hat über Determinirtheit u. Undeterminirtheit des menschlichen Handelns gestritten. Die Determinirtheit ist wissenschaftlich unabweisbar. Aber unter den Determinanten finden sich auch solche, die das Ich, die Persönlichkeit bilden. Es ist unhaltbar u. unnötig, dass das Ich die «Ursache» der Handlung sei, aber Ich u. Handlung sind miteinander verknüpft u. das genügt. Der Grad dieser Verknüpfung sozusagen ist der Grad der Zurechenbarkeit. Weiters ist nun diese Verknüpfung beim Geisteskranken eine mehr innere, in den Fällen der Erfolgshaftung eine mehr äussere.³¹

Welcher Teil also dieses Selbst wird da beurteilt und im Zweifelsfall verurteilt, und zwar verurteilt auf der Grundlage nicht minder ambivalenter Massstäbe? Und wer bestimmt, was sittlich, was anständig ist? Musil lässt Ulrich im *MoE* auf diese Fragen folgendermassen antworten: Sitte und Anstand sind per Konsens etablierte moralische Massstäbe einer Gesellschaft; die Verletzung von Sitte und Anstand wird strafrechtlich verfolgt; wer diese verletzt, ist, so die Annahme, ein als verursachende Person in ihrer

³⁰ Ebd., 388–389.

³¹ R. Musil: Quantifizierbarkeit der Moral. Die Moral des Dichters (1910/11), in: Gesammelte Werke, hg. von Adolf Frisé, II 1307–1311, hier 1308.

Selbstverantwortlichkeit konturiertes «Erfahrungssubjekt»,³² weder aber sind diese Massstäbe wahr in Sinne von Allgemeingültigkeit noch gibt es ein so geartetes Subjekt; dieses ist vielmehr *dezentriert*. Folglich wird die Tat bestraft, den Täter kann der Richter, so Musil, als einzelne Person nicht kennen: «Man verlangt vom Richter, dass er ein Menschenkenner sei, aber es ist ihm ganz unmöglich, dass er das Individuum in seine Rechnung einstellt, es ist ihm nur das Speciesmässige zugänglich.»³³

Indem Musil behauptet, der Unterschied zwischen einem psychisch Kranken, in diesem Fall sogar einem Sexualmörder, und einem psychisch Gesunden bestehe lediglich in der Unterschiedlichkeit des *Ortes*, an welchem Ich und Handlung miteinander verknüpft würden, im Inneren oder im Äusseren der menschlichen Seele, dringt er in «Bezirke [vor], die man nie [zuvor] betreten hat», wie es im *Essay* heisst.³⁴ Dass die Grenzen zwischen bewusst und unbewusst, frei und unfrei, rational und irrational fließend seien – davon ist die zeitgenössische Psychologie zwar überzeugt. Ob Ernst Machs Gestaltpsychologie,³⁵ Sigmund Freuds Psychoanalyse³⁶ oder Karl Jaspers' Psychopathologie von 1913 – sie alle halten das Unbewusste in der menschlichen Seele gegenüber dem rationalen Anteil für dominant, meinen, es sei für das Gefühlsleben und die aus diesem resultierenden (affektiven) Handlungen bestimmend und als Unbewusstes nicht dechiffrierbar.³⁷ Musil

³² David Wachter: Konstruktionen im Übergang. Krise und Utopie bei Musil, Kracauer und Benn, Freiburg im Breisgau, Berlin, Wien 2013, 83.

³³ R. Musil: Quantifizierbarkeit der Moral, 1308.

³⁴ R. Musil: Das Unanständige, KA IX 136.

³⁵ Ernst Mach: Analyse der Empfindungen und das Verhältnis des Physischen zum Psychischen, 1886; zum Verhältnis Musils zu Machs Gestaltpsychologie vgl. Karen Brüning: Die Rezeption der Gestaltpsychologie in Robert Musils Frühwerk, Frankfurt am Main 2015.

³⁶ Sigmund Freud: Totem und Tabu, 1912, Das Ich und das Es, 1923; vgl. O. Krämer: Denken erzählen, 81–83.

³⁷ Zu Mach und zur Gestalttheorie vgl. O. Krämer: Denken erzählen, 53–58 u. 61–65, sowie Florence Vatan: Gestalttheorie, in: B. Nübel, N. Ch. Wolf:

jedoch nimmt einen im Vergleich mit Mach, Freud und Jaspers radikaleren Standpunkt ein: Er behauptet, es gebe keinen *qualitativen* Unterschied zwischen einem Sexualmörder und einem psychisch Gesunden hinsichtlich der Verknüpfung des Ichs mit dessen Handlungen.

(Psychisch) krank – entartet/ degeneriert – lebensunwürdig – lebensunwert

Indem Musil behauptet, es gebe keinen qualitativen Unterschied zwischen einem Sexualmörder und einem psychisch Gesunden hinsichtlich der Verknüpfung des Ichs mit dessen Handlungen, steht er absolut ausserhalb des damaligen Mainstreams. Denn er wendet sich mit seiner Behauptung gegen die um 1910 bereits mächtige Psychoanalyse Freuds;³⁸ noch dezidiierter jedoch bezieht er Position gegen die zur Zeit seines *Essays* bereits weit verbreitete Annahme, dass ein enger Konnex zwischen Psychopathologie einerseits, Entartung und moderner Kunst andererseits bestehe – so das ziemlich einhellige Ergebnis einer ab dem Ende des 19. Jahrhunderts nicht nur in der deutschen Psychiatrie intensiv geführten Diskussion und zugleich der Marginalisierung und Pathologisierung

Robert Musil Handbuch, 531–537, hier 534: Bereits Mach habe die «Unrettbarkeit des Ich» verkündet. «In seiner Kritik am Ideal eines souveränen, vernunftgeleiteten Subjekts betont Musil die Auflösungstendenzen innerhalb des Ichs. Doch lehnt er Machs Definition des Ichs als eines fiktiven und prekären Bündels von Empfindungen ab. Demgegenüber beschreibt Musil das Ich als eine dynamische Gestalt, die ein breites Spektrum von möglichen Zuständen erleben kann: vom Zustand grosser Prägnanz bis zum labilen Zustand des ekstatischen Selbst. Darüber hinaus stellt er die traditionelle Vorstellung des Ich als zentraler und regulativer Instanz in Frage.» Zur Rolle Machs in Musils Denken und Musils kritischer Auseinandersetzung mit Mach vgl. Hans-Joachim Pieper: Musils Philosophie. Essayismus und Dichtung im Spannungsfeld der Theorien Nietzsches und Machs, Würzburg 2002, bes. 10–16 u. 128–139.

³⁸ Y. Wübben: Psychiatrie, 525.

nicht in die Norm des Mainstreams passender künstlerischer Ausdrucksweisen.³⁹

Unter Entartung verstehen Bénédict Augustin Morel,⁴⁰ Cesare Lombroso⁴¹ und Max Nordau⁴² krankhafte Abweichungen von der Norm, die nicht nur physische, sondern ebenso geistige und moralische Ursachen hätten; derartige Entartungen oder Degenerationen beträfen sowohl einzelne Personen wie auch deren Familien, ja, ganze Rassen und innerhalb der Gesellschaft besonders Künstler und Intellektuelle.⁴³

Der weitestgehend einhelligen moralischen Verurteilung moderner Kunst als degeneriert und entartet um 1900 in der Nachfolge

³⁹ Vgl. zum medizin- und rechtshistorischen Diskurs um 1900 Andrea Adams: Psychopathologie und «Rasse». Verhandlungen «rassischer» Differenz in der Erforschung psychischer Leiden (1890–1933), Bielefeld 2013; Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.): Entgrenzungen des Wahnsinns. Psychopathologie und Psychopathologisierungen in Urbanen und Provinziellen Öffentlichen Räumen um 1900, Berlin 2016; M. Ralser: Das Subjekt der Normalität, bes. 59–132 («Aus disparaten Figuren Fälle von Krankheit»); zur gerichtlichen Psychopathologie um 1900 vgl. das Standardwerk von Richard von Krafft-Ebing: Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. Mit Berücksichtigung der Gesetzgebung von Österreich, Deutschland und Frankreich, 3., umgearbeitete Auflage, Ausg. 2, mit einem Nachtrag: Die zweifelhaften Geisteszustände vor dem Civilrichter des deutschen Reiches nach Einführung des bürgerlichen Gesetzbuchs, Stuttgart 1900. Zur Biologisierung und pathologischen Psychologisierung des Künstlers vgl. Bettina Gockel: Die Pathologisierung des Künstlers. Künstlerlegenden der Moderne, Berlin 2010, 25–74.

⁴⁰ Bénédict Augustin Morel: *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris 1857.

⁴¹ Vgl. Cesare Lombroso: *Entartung und Genie*. Neue Studien, mit 12 Tafeln, gesammelt und unter Mitwirkung des Verfassers deutsch herausgegeben von Dr. Hans Kurella und G. H. Wigand, Leipzig 1894, in: *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane* 9 (1896).

⁴² Max Nordau: *Entartung*, hg. von Karin Tebben, Berlin 2013 (1. Aufl., I–II, 1892–1893).

⁴³ Vgl. Steffen Krämer: *Entartung in der Kunst*. Die Verbindung von Psychopathologie und moderner Kunst von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Nationalsozialismus, 1–22, *Kunstgeschichte*. Open Peer Reviewed Journal: <https://www.kunstgeschichte-ejournal.net/383/1/Krämer-Entartung-in-der-Kunst.pdf>

von Morel, Lombroso und Nordau stehen einige wenige Psychiater entgegen, die Werke psychisch Kranker als Kunst bewerten⁴⁴ – seit 1945 durch Jean Dubuffet als *Art brut* bekannt⁴⁵ – und die psychisch Kranken als Künstler⁴⁶ wahrgenommen wissen wollen,⁴⁷ wie zum Beispiel Hans Prinzhorn mit seiner Sammlung *Bildnerei der Geisteskranken* von 1922⁴⁸ oder Walter Morgenthaler mit seinem 1921 erschienenen Buch *Ein Geisteskranker als Künstler* über den 1895 mit der Diagnose Schizophrenie in die Irrenanstalt Waldau bei Bern eingelieferten Adolf Wölfl. Aber diese Perspektive bleibt ohne Folgen für die Psychiatrie.⁴⁹

⁴⁴ Vgl. Alfred Bader (Hg.): *Geisteskrankheit, bildender Ausdruck und Kunst. Eine Sammlung von Texten zur Psychopathologie des Schöpferischen*, Bern, Stuttgart 1975.

⁴⁵ Vgl. die Collection de l'Art Brut, Lausanne: <https://www.artbrut.ch>

⁴⁶ Die Problematik begrifflicher Unterscheidung zwischen der Kunst von psychisch Kranken und psychisch Gesunden präzise auf den Begriff bringt Ernst Klee: Wie «verrückt» ist Kunst? Prinzhorn: Die grösste Sammlung «pathologischer» Bilder: Hochzeit der Farben, in: *Zeit*, 10. Oktober 1980: «Den Streit darüber zu führen, was Kunst der «Geisteskranken» von der Kunst der «Normalen» unterscheidet, ist selber schon eine verrückte Diskussion. Denn wer ist normal? Der Künstler mag – nach gesellschaftlichen Massstäben – verrückt sein; amtlich verrückt wird er erst, wenn ihn die Psychiatrie, als Hüterin einer konservativen Ordnung, mit einem psychiatrischen Etikett versehen hat. Dann können seine Arbeiten noch so gelungen sein, dann unterliegt er immer der Gewalt der Diagnose. Er bleibt ein Geisteskranker, mag er als Künstler noch so Hervorragendes leisten.»

<https://www.zeit.de/1980/42/hochzeit-der-farben/komplettansicht>

⁴⁷ Vgl. Leo Navratil: Bilder im Kopf. Die Kunst aus der Abgeschiedenheit der Anstalt: <https://folio.nzz.ch/1996/september/bilder-im-kopf>

⁴⁸ Die Sammlung Prinzhorn, Einrichtung des Universitätsklinikums Heidelberg: <https://prinzhorn.ukl-hd.de/sammlung-prinzhorn/> Zu Hans Prinzhorns Kriterien der Auswahl für seine Sammlung vgl. Jörg Katerndahl: «Bildnerei von Schizophrenen». Zur Problematik der Beziehungssetzung von Psyche und Kunst im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts, Hildesheim, Zürich, New York 2005, 45–89.

⁴⁹ Vgl. zur Patientenkunst in der Irrenanstalt Rheinau: <https://www.nzz.ch/zuerich/kopie-von-zuercher-patientenkunst-bleibt-im-keller-ld.1375737>

Bereits denken 1920 deutsche Juristen und Psychiater über die Euthanasie⁵⁰ angeblich «leere[r] Menschenhülsen»⁵¹ nach, aus ihrer Sicht eine straffreie «Erlösungstat»⁵² – gemeint sind genau jene Langzeitpatienten, für deren schöpferische Intelligenz Prinzhorn mit Sammlung und Buch ein Forum eröffnet hatte.⁵³ So sprechen Karl Binding, Professor für Öffentliches Recht in Leipzig, und Alfred Hoche, seit 1902 Ordinarius für Psychiatrie in Freiburg, in ihrem Buch *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* behinderten und psychisch kranken Menschen ihr Menschsein ab.⁵⁴ Nicht erst im

<https://www.nzz.ch/zuerich/klinik-rheinau-irrenkunst-ans-licht-geholt-ld.1293534> Zur Patientenkunst in der ehemaligen Landes- und Pflegeanstalt Niedernhart: Hemma Schmutz, Brigitte Reutner (Hg.): Patientinnenkunst aus der ehemaligen Landesheil- und Pflegeanstalt Niedernhart 1875–1925, Weitra 2019.

⁵⁰ Vgl. Michael Burleigh: *Death and Deliverance. «Euthanasia» in Germany c. 1900–1945*, Cambridge 1995.

⁵¹ Karl Binding, Alfred Hoche: *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Mass und ihre Form*, Leipzig 1920, 55.

⁵² Ebd., 28.

⁵³ Vgl. Udo Benzenhöfer: *Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe*, Göttingen 2009; Michael Wunder: «Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr», in: Michael Wunder, Ingrid Genkel, Harald Jenner (Hg.): *Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr. Die Alsterdorfer Anstalten im Nationalsozialismus*, Stuttgart 2016 (1. Aufl. 1987) 35–78.

⁵⁴ Lars Winkler: «Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens». Eine unheilvolle Schrift und ihr Jahrhundert, in: *Freischüssler* 16 (2008) 63–64, hier 63: «Als wissenschaftlich formulierte Grundlage einer auf radikaler Kosten-Nutzen-Rechnung getrimmten Volkswirtschaft und Verteidigungsschrift der daraus resultierenden Beurteilung des Wertes und «Unwertes» von Menschen ist die geistige Urheberchaft der Schrift Hohes und Bindings an den Verbrechen der Nazis ab 1933 nicht zu verkennen. Die Schrift bereitete die Verbrechen der Nazis in erheblichem Masse vor. Nicht nur terminologische Gemeinsamkeiten sind offensichtlich. Karl Binding und Alfred Erich Hoche haben ihre wissenschaftliche Verantwortlichkeit in hohem Masse missbraucht und gezeigt, dass Wissenschaft in einem radikal-ökonomisierten Umfeld zum Instrument jeglicher, anfangs vermeintlich ökonomisch begründeter Politik führen kann.»

<http://akj.rewi.hu-berlin.de/zeitung/08-16/material/fs16-16-unheilvolleschrift.pdf>

Dritten Reich wird der Kunst der Moderne der Kampf, kulminierend in der Wanderausstellung «Entartete Kunst» (1937–1941), angesagt.⁵⁵

Musils Axiom: Transformation des «Kranken» und «Unanständigen» durch Kunst

Musil macht, wie wir gesehen haben, geltend, dass durch die Darstellung des Kranken und Unanständigen in der Kunst dieses transformiert werde und als in die Kunst Transformiertes nicht mehr unanständig oder krank sei. Die qualitative Transformation des Unanständigen und Kranken in etwas, das diese Merkmale nicht mehr aufweist, muss Musils Argumentation zufolge mit der Darstellung oder genauer: mit der *Art* der Darstellung zu tun haben. Was also meint Musil mit künstlerischer *Darstellung*?

Es heisst etwas darstellen: seine Beziehungen zu hundert andern Dingen darstellen; weil es objektiv nicht anders möglich ist, weil man nur so etwas begreifbar und fühlbar machen kann, ... wie ja auch wissenschaftliches Verständnis nur durch Vergleichen und Verknüpfen entsteht, wie menschliches Verstehen überhaupt entsteht. Und wenn auch diese hundert anderen Dinge wieder unanständig und krank wären: die Beziehungen sind es nicht, das Auffinden von Beziehungen ist es niemals. [...] die Kunst sucht Wissen; sie stellt das Unanständige und Kranke durch seine Beziehungen zum Anständigen und Gesunden dar, das heisst nichts anderes als: sie erweitert ihr Wissen vom Anständigen und Gesunden.⁵⁶

Etwas künstlerisch darzustellen, heisst für Musil demzufolge, der dem Menschen innewohnenden *curiositas* zu folgen, die, wenn sie sich über Grenzen des Erlaubten, über Tabus hinwegsetzt, dasjenige, was bis *dato* isoliert für sich gestanden hat, als etwas mit vielem, ja im Grunde genommen mit allem Korrelierendes, Verbundenes konstruiert und als solches zum Ausdruck bringt, visualisiert

⁵⁵ Vgl. Jan Eric Schulte: Mit Gas gegen «leere Menschenhülsen». Kranke und Behinderte waren die Opfer des ersten nationalsozialistischen Massenmords. <https://www.zeit.de/zeit-geschichte/2017/01/euthanasie-ns-regime-krank-behinderte-massenmord>

⁵⁶ R. Musil: Das Unanständige, KA IX 139–140.

und verbalisiert.⁵⁷ Dieses Konstruieren von Beziehungen mündet, so Musil, in Wissen. Wissen meint hier: Vielansichtigkeit, Vernetzung, Multiperspektivität, Absage an *eine* verbindliche Wahrheit, an *die* gültige Lesart, Bekenntnis zur Relativität des Standpunktes. Wahr werde dieser Standpunkt schon allein dadurch, dass der Betrachter aufgebe, auf der Richtigkeit seines Blicks zu bestehen. Wahr werde dieser Standpunkt zudem dadurch, dass er sämtliche nur möglichen anderen Standpunkte integriere und als ebenso gültige zulasse.

Dass das Zulassen dieser anderen Standpunkte möglicherweise beliebig sein und sogar dazu führen könnte, auch kontradiktorische Standpunkte zu integrieren – diese Möglichkeit zieht Musil an dieser Stelle nicht in Betracht. Begriffe wie «fühlbar» und «begreifbar» können nur dann, wie Musil dies tut, als miteinander kompatibel angesehen werden, wenn das Begreifen des Begreifbaren als sensueller, nicht als rationaler Vorgang verstanden wird.

Musil setzt in seinem Konzept der künstlerischen Darstellung Wahrheit mit Ganzheitlichkeit, Richtigkeit mit Totalität oder All-Ansichtigkeit aller nur denkbaren Perspektiven und Objektivität mit Fühlbarkeit gleich. Indem er dies tut, ist er derselben erkenntnistheoretischen Problematik erlegen wie vor ihm bereits um 1800 Herder und die Romantiker, etwa Friedrich Schlegel: im Moment der ersehnten Ganzheitlichkeit, Totalität oder All-Ansichtigkeit, im Augenblick reinen Fühlens über kein Kriterium der Beurteilung mehr zu verfügen, das es erlauben würde, das Gefühlte zu bewerten; die Preisgabe rationaler Beurteilungskriterien ist ja gerade die Voraussetzung beziehungsweise der Preis dafür, überhaupt in einen solchen Zustand allumfassender Bezugshaftigkeit gelangen zu können. *In nuce* ist Musils Konzept der künstlerischen Darstellung identisch mit dem romantischen Postulat der unendlichen Vermischung, mit Herders *sensorium commune*. Alles ist eins:

⁵⁷ D. Wachter: Konstruktionen im Übergang, 87: «Mit seinem erklärten, häufig provokativ gezeichneten Überbietungsethos macht sich der Protagonist (sc. Ulrich in der *MoE*) die Gegenwartsgesellschaft als Ordnungsvakuum, als *tabula rasa* und Konstruktionsfeld gedanklich zunutze.»

Wahrnehmung, Gefühle, Intentionen, Gedanken.⁵⁸ Das Ergebnis ist eine meist nur ungenaue Vorstellung des zu schildernden Vorganges, aber ringsherum ein dunkles Klingen seelischer Verwandtschaften, ein langsames Bewegen weiter Gefühls-, Willens- und Gedankenzusammenhänge.⁵⁹

Dieses dunkle Klingen seelischer Verwandtschaft erfolgt im Zweifelsfall sogar, wie im ersten Teil von *MoE*, zwischen Ulrich und dem Sexualmörder Moosbrugger. Vom Erzähler so konstruiert, fungiert «die Figur, die von allen genommen ist, als Projektion aller»; Moosbrugger wird zur Kipp- oder Inversionsfigur.⁶⁰ Die Bewertung kippt, je nach Ansicht und eingenommener Perspektive: Moosbrugger ist ein Sexualmörder und / oder der wahre, der neue Mensch jenseits von Gut und Böse;⁶¹ in diesem Punkt treffen sich

⁵⁸ Vgl. hierzu U. Zeuch: Umkehr der Sinneshierarchie, 142–162; dies.: Das Unendliche – Höchste Fülle oder Nichts? Zur Problematik von Friedrich Schlegels Geist-Begriff und dessen geistesgeschichtlichen Voraussetzungen, Würzburg 1991, 97–120.

⁵⁹ R. Musil: Das Unanständige, KA IX, 140; dieses dunkle Klingen, Allgefühl, Mit-allem-Fühlen, diese Verwandtschaft der menschlichen Seele mit allem, was ist, findet sich präfiguriert bei Rainer Maria Rilke in seinem Gedichtband *Mir zur Feier* von 1897/98, in: Gedichte 1895–1910, hg. von Manfred Engel, Ulrich Fülleborn, Frankfurt am Main 1996, 66–111, verdichtet in der Aussage des lyrischen Ichs: *Alles ist Eins*.

⁶⁰ Vgl. Walter Fanta: Krieg. Wahn. Sex. Liebe. Das Finale des Romans «Der Mann ohne Eigenschaften» von Robert Musil, Klagenfurt 2015. Fanta hat in seinen Studien zur Textgenese in Bezug auf die beiden Figuren Ulrich und Moosbrugger gezeigt, dass sich die Konstellation im weiteren Verlauf im «apokryphen Moosbrugger II» (200) transformiert: Moosbrugger wird zur «wilden, eingesperrten Möglichkeit einer gefährlichen Handlung»; «Der Erzähler (Gott) lässt Moosbrugger tanzen. Tanz, Aufbewahrung und Auflösung Moosbruggers vertreten trotzdem zugleich etwas im Seinsfeld Ulrichs, das dort tanzt, aufbewahrt und aufgelöst wird, in Verbindung mit dem *Baum der Gewalt*.» «Moosbrugger ist Ulrichs Phantom.» (ebd.)

⁶¹ Zur Bedeutung von Nietzsches Perspektivismus als Ausdruck generellen Zweifels «an der Möglichkeit unbedingt wahrer Erkenntnis» für Musil vgl. H.-J. Pieper: Musils Philosophie, 46–60, hier 47. Zur Bedeutung des Experiments bei Nietzsche und Musil, vgl. Andrea Pelmtner: «Experimentierfeld des Seinkönnens» – Dichtung als «Versuchsstätte». Zur Rolle des

Moosbrugger und Ulrich; der *wahre* Moosbrugger ist noch nicht in die Gesellschaft eingetreten, deren Moral falsch, verlogen, scheinheilig, brüchig, krank ist, und Ulrich verlässt als eben der Mann ohne Eigenschaften ganz bewusst diese falsche und kranke Gesellschaft und macht sich zum Aussenseiter, der nach mystischer Erfahrung sucht, eine Utopie, eine «Wirklichkeit bzw. Wahrheit hinter den Wahrnehmungskonventionen der Welt». ⁶² Insofern ist es für die Funktion Moosbruggers als Kipp- und Inversionsfigur irrelevant, ⁶³ ob Musil Moosbrugger «mit den Symptomen der *Dementia praecox* und Schizophrenie ausgestattet» hat oder nicht – eine Frage, die die Forschung nicht nur lange beschäftigt, sondern heute nicht befriedigend beantwortet hat. ⁶⁴

Experiments bei Robert Musil, Würzburg 2008, 81–93; Pelmtner hebt vor allem Nietzsches Konzept der «Selbstexperimentation, der Anwendung der experimentellen Methode auf die eigene Person» (92) in seiner Bedeutung für Musil hervor. Kunst (Lebenskunst und /oder ästhetische Produktion) versteht Musil mit Nietzsche als Ort, «in welchem die Experimentalphilosophie, das Experimentieren mit sich selbst und die Schaffung von neuen Lebensentwürfen, durchgeführt werden kann» (93).

⁶² Martina Wagner-Egelhaaf: Mystik, in: B. Nübel, N. Ch. Wolf: Robert Musil Handbuch, 705–710, hier 705.

⁶³ Vgl. W. Fanta: Krieg. Wahn. Sex. Liebe: Zwar werde Moosbrugger im ersten Teil von *MoE* «vom Erzähler als Grenzfall-Objekt des juridisch-ethischen Diskurses in den Roman ein- und später in der Schilderung seiner Biographie in den soziologischen bzw. auch psychopathologischen Diskurs überführt» (199). Aber da die Figur als archaisches Vorbewusstsein, das der zeitgenössischen Kultur fehle, konzipiert sei, sei die Frage nach den Quellen, die Musil verwendet, «bei solcher Sicht Moosbruggers im Grunde irrelevant [...]» (199).

⁶⁴ Y. Wübben: Psychiatrie, 529: «Trotz zahlreicher Arbeiten, die Musils literarische Texte psychiatriehistorisch einordnen, bleibt hier noch vieles zu tun: Unbeantwortet ist etwa die Frage, welche psychiatrischen Diskussionen und Problemlagen (Klassifikation, Erbbiologie, Sprachforschung) Musil im Einzelnen rezipiert hat.»

Welche Konsequenzen hat Musils Axioms für die Kunst?

Jede Perversität lässt sich darstellen. Sie lässt sich darstellen durch ihren Aufbau aus Normalem, da man die Darstellung sonst nicht verstände.⁶⁵ Zunächst scheint es so, als meine Musil, dass der Künstler oder Schriftsteller das Perverse, Abweichende, Kranke gezielt aus dem Normalem konstruiere. Dies suggeriert die Formulierung «lässt sich darstellen», so als sei es ins Belieben des Künstlers gestellt, wie er Abweichungen darstelle. Demnach wäre das Kranke an sich nicht zwingend aus Normalem aufgebaut. In Wahrheit gibt es keine Perversität beziehungsweise Unmoral, der nicht auf irgendeine Weise Gesundheit beziehungsweise Moral korrelierte. Das setzt voraus, dass sich zu allen Bestandteilen, aus denen sie sich aufbaut, analoge Elemente auch in der gesunden und zusammenlebenstüchtigen Seele finden.⁶⁶

Aber Musil meint noch etwas Anderes: In jeder sich als gesund und damit als normal betrachtenden Seele, in jedem sich als normal betrachtenden Menschen steckt etwas, das mit dem Nicht-Normalen korreliert, das heisst sich in einer Wechselbeziehung mit ihm befindet. Sonst würde man es weder darstellen noch verstehen können. Es gibt also einen Nucleus, etwas Kranken wie Gesunden Gemeinsames, dem es sich anzunähern gilt, will man wirklich begreifen, was und wer der Mensch ist.

Nicht nur sprengt diese von Musil formulierte Einsicht den äusserst sorgsam aufrechterhaltenen und gesicherten Bereich der Normalität; sie ist – als Aufforderung an die Kunst und Literatur gefasst, solches Gemeinsames darzustellen – zugleich radikal, und zwar sowohl hinsichtlich des «Gegenstandes» wie der Darstellbarkeit.⁶⁷ Wie radikal Musils Einsicht ist, zeigt sich im Kontext des Un-sagbarkeitstopos nach dem Holocaust: Die Grenze ist markiert

⁶⁵ R. Musil: Das Unanständige, KA IX 143.

⁶⁶ Ebd., 142–143.

⁶⁷ Bis heute werden Sexualstraftäter gemeinhin als *Monster* bezeichnet, so etwa Josef Fritzl als «Monster von Amstetten», in: Die Zeit, Nr. 48, 21.

durch die Denkmöglichkeit (oder das Denkverbot), in dem Täter, dem Verursacher millionenfacher Ermordung von Menschen, dennoch *den* Menschen, *einen* Menschen, *auch* einen Menschen sehen zu sollen oder gar zu müssen und ihn als einen solchen darzustellen.⁶⁸

Die Radikalität ist jedoch auch in eine andere Richtung denkbar: Statt über die Abweichung von den gesellschaftlichen Moralvorstellungen in die Handlungsverweigerung oder Handlungsagonie und in die Utopie des Tausendjährigen Reiches⁶⁹ zu flüchten,⁷⁰ wie Ulrich und Agathe dies im anderen Zustand tun,⁷¹ ist diese Radikalität als Aufforderung zu verstehen, aktiv das zu zerstören, was einen zerstört. In seiner *Musik in Bildern* nach dem Märchen von Hans Christian Andersen, *Das Mädchen mit den Schwefelhölzern*, ergänzt Helmut Lachenmann dieses Märchen u.a. durch einen Brief der 1977 im Hochsicherheitsgefängnis Stammheim durch

November 2019, Dossier, 18: «Es gibt eine Grenze des Erträglichen. Fast zwei Jahrzehnte lang hat die Psychiaterin Heidi Kastner Mörder und Vergewaltiger begutachtet, auch Josef Fritzl, *das Monster von Amstetten*. So langsam reicht es ihr.»

⁶⁸ Ulrike Zeuch: Krise der Repräsentation oder: Welche Wirklichkeit soll Literatur darstellen, in: *Komparatistik* 6 (2005) 113–129.

⁶⁹ Vgl. Robert Leucht: Utopie, in: B. Nübel, N. Ch. Wolf: Robert Musil Handbuch, 725–730, zur Vieldeutigkeit von Musils Utopiebegriff und zur bislang nicht geklärten Frage seiner «wissens- und diskursgeschichtlichen Kontextualisierung» (727). D. Wachter: Konstruktionen im Übergang, 129, deutet die Ekstase des anderen Zustands, dessen taghelle Mystik, im Kapitel «Ins Tausendjährige Reich» (MoE 670) als Musils Versuch, die Krise der Moderne, die sich vor allem in ihrer, so Musil, fehlgeleiteten «Reduktion von metaphorischer Mehrdeutigkeit auf begriffliche Ordnung» zeige, zu bewältigen, ja zu überwinden.

⁷⁰ D. Wachter: Konstruktionen im Übergang, 158 bemerkt zu Musils Utopie des Tausendjährigen Reiches m.E. zu Recht kritisch an: «Mit seinen Enthaltungsgesten bringt er eine strategische Indifferenz hervor, die Denkooptionen durchspielt und verdichtet, ohne sie als Programm auf Dauer zu stellen».

⁷¹ Martina Wagner-Egelhaaf: Anderer Zustand, in: B. Nübel, N. Ch. Wolf: Robert Musil Handbuch, 710–712, hier 711: «Der *andere Zustand* legitimiert von den gesellschaftlichen Moralvorstellungen abweichende Handlungsweisen [...]»

Selbstmord gestorbenen Gudrun Ensslin⁷² und wirft dabei die Frage auf: Wäre aus dem Mädchen des Märchens, von einer eiskalten und gleichgültigen, mit sich selbst beschäftigten Gesellschaft im Stich gelassen, wenn es die Silvesternacht überlebt hätte, später einmal eine Terroristin geworden?

Gudrun Ensslin (1940–1977)

der kriminelle, der wahnsinnige, der selbstmörder – sie verkörpern diesen widerspruch. sie verrecken in ihm. ihr verrecken verdeutlicht die auswegslosigkeit/ohnmacht des menschen im system: entweder du vernichtest dich selbst oder du vernichtest andere, entweder tot oder egoist. in ihrem verrecken zeigt sich nicht nur die vollendung des systems: sie sind nicht kriminell genug, sie sind nicht wahnsinnig genug, sind nicht mörderisch genug, und das bedeutet, ihren schnelleren tod durch das system im system. in ihrem verrecken zeigt sich gleichzeitig die verneinung des systems: ihre kriminalität, ihr wahnsinn, ihr tod ist ausdruck der rebellion der zertrümmerten subjekte gegen ihre zertrümmerung, nicht ding, sondern mensch. (schreibt auf unsere haut.)

Anfang 1975

Aber vielleicht sind diese beiden Denkmöglichkeiten, Handlungsagonie und radikaler Aktionismus, im Kern gar nicht so verschieden? Jedenfalls weist die jüngere Musil-Forschung in diese Richtung, wenn sie sich fragt, inwiefern «auch die essayistische Utopie des Romans eine Keimzelle des Terrors» enthalte.⁷³ Der Krieg, der zeigt, dass «U[lrich]s System [...] am Ende desavouiert» ist, wird zur Option einer «Flucht aus dem Frieden»⁷⁴ und «bildet ein Zerrbild des *anderen Zustandes*, das zugleich aus dessen dystopischen Potenzialen resultiert, die wiederum mit

⁷² <https://www.tip-berlin.de/interview-mit-dem-komponisten-helmut-lachenmann/>

Zuletzt vgl. Opernhaus Zürich:

<https://www.opernhaus.ch/spielplan/kalendarium/das-maedchen-mit-den-schwefelhoelzern/2019-2020/>

⁷³ D. Wachter: Konstruktionen im Übergang, 160; zum historischen Kontext der Zwischenkriegszeit vgl. Hans Feger, Hans-Georg Pott, Norbert Christian Wolf (Hg.): Terror und Erlösung. Robert Musil und der Gewaltdiskurs in der Zwischenkriegszeit, München 2009.

⁷⁴ Vgl. R. Musil: MoE, hg. von Adolf Frisé (aus dem Nachlass), II 1844.

utopischen Energien bis zur Ununterscheidbarkeit vermengt sind».⁷⁵
 «Vom Krieg», so Fanta, «steht fest, dass Ulrich freiwillig in ihn eintreten wird.»⁷⁶

In seinem *Essay* diagnostiziert Musil die Krise der Moderne als eine Krise rationaler Beurteilung, Bewertung, Erklärbarkeit. Das war damals nicht neu. Musil appliziert die Krise rationaler Beurteilung auf die Unterscheidung zwischen Krankem und Gesundem. Auch dies ist nicht neu. Was aus seinen Reflexionen über das Ungesunde und Kranke in der Kunst resultiert, ist eine Haltung, dass nichts Menschliches dem Menschen fremd sei. Auch dieser Gedanke, der sich bereits bei Terenz findet, ist nicht neu: «homo sum, humani ni[hi]l a me alienum puto».⁷⁷ Aber im Kontext der Zeit, vor und nach dem Ersten Weltkrieg, im Kontext einer den Menschen verachtenden Ideologie des «Gesunden» als Kriterium für Selektion und deren konsequenten Umsetzung in Euthanasie und Genozid ist es ein Statement, das von der geistigen, intellektuellen Solidarisierung mit allem, was dem Denken zunächst fremd scheint, zeugt.

Folgt man Musils Argumentation, führt diese jedoch – und das ist der problematische Aspekt seines *Essays* – dazu, dass die begrifflichen Konturen verschwimmen, sich auflösen «wie modrige Pilze», so Lord Chandos im *Brief* von Hugo von Hofmannsthal,⁷⁸ dass die Orientierung abhanden kommt, die Entschlossenheit, etwas Bestimmtes zu tun und anderes zu lassen – alles Schlüsselbegriffe und Stichworte für die Beschreibung des anderen Zustandes im *MoE* –,

⁷⁵ D. Wachter: Konstruktionen im Übergang, 161.

⁷⁶ W. Fanta: Krieg. Wahn. Sex. Liebe, 177; vgl. das ganze Kapitel «Mobilisierung im Hinterkopf», 174–183. Zu Ulrich, der «seinen Mann steht», seine Männlichkeit beweist, indem er in den Krieg zieht, vgl. Ulrich Boss: Männlichkeit als Eigenschaft. Geschlechterkonstellationen in Robert Musils *Der Mann ohne Eigenschaften*, Berlin 2013, 1–29.

⁷⁷ Ter. Heaut. 77.

⁷⁸ Vgl. Ulrike Zeuch: «[...] die abstrakten Worte [...] zerfielen mir im Munde wie modrige Pilze». Zum Verlust des Gegenstandes in der Literaturtheorie seit 1966, in: *Euphorion* 95/1 (2001) 101–121.

da die Handlung stagniert, sich in nicht endende Reflexionen auflöst, sich im Kreis dreht und der Krieg dann doch als eine wenn auch schlechte Option einer *Flucht aus dem Frieden* winkt.

Ist also eine Unterscheidung zwischen «krank» und «gesund» ethisch unverzichtbar, um handlungsfähig zu sein und zu bleiben, um die Aporie zu vermeiden, in die Musils *Essay* gedanklich führt, um den von Musil im *MoE* beschriebenen und historisch stattgefundenen Machtmissbrauch zukünftig zu verhindern? Die begriffliche Unterscheidung ist, wie ich meine, unverzichtbar: Das Gesunde ist nicht das Kranke. Aber ebenso unverzichtbar ist – und darin zeigt sich meines Erachtens die Aktualität von Musils *Essay* –, sich immer und immer wieder neu zu fragen: Wer bestimmt aus welchem Grund zu welchem Zweck, wer gesund und wer krank ist? Was ist jeweils mit «gesund» und «krank» gemeint, in welchem Kontext – medizinisch, psychiatrisch, religiös, moralisch – werden diese Begriffe gebraucht oder missbraucht? Für diese Fragen sensibilisiert zu sein und missbräuchliche Verwendung zwecks Ausgrenzung und Selektion in Literatur, Film, Musik, also in der Kunst kritisch darzustellen, den Missbrauch publik zu machen – das ist Musils *Essay* gedanklich geschuldet und zu verdanken. Allerdings gibt Musil – systemimmanent konsequent – keine Antwort auf die Frage nach möglichen Kriterien, die eine Unterscheidung zwischen «gesund» und «krank» erlaubten.⁷⁹

⁷⁹ Zur Bestimmung seelischer Gesundheit heute vgl. Wolfgang Rissmann (Hg.): Was heisst seelische Gesundheit? «Körper» – «Seele» – «Geist», Würzburg 2011; interessanterweise wird in der Materialsammlung der WHO zur psychischen Gesundheit der Begriff «Psychische Gesundheit» vorausgesetzt, ohne zu erklären, was mit ihm gemeint ist; psychische Krankheiten (psychische Behinderungen, psychische Störungen, geistiges Unvermögen, geistige Umnachtung) hingegen werden differenziert und ausführlich dargelegt (20–27):

https://www.who.int/mental_health/policy/who_resource_book_german.pdf

conexus 3 (2020) 96–119

© 2020 Ulrike Zeuch. Dieser Beitrag darf im Rahmen der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 – Creative Commons: Namensnennung/nicht kommerziell/keine Bearbeitungen – weiterverbreitet werden.



<https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.008>

Prof. Dr. Ulrike Zeuch, Universität Zürich, Deutsches Seminar, Schönberggasse 9, 8001 Zürich
ulrike.zeuch@uzh.ch

Christina Vogel

Literarische Krankheitserzählungen zwischen Fiktion und Realität

Krankheiten und Kranke sind beliebte literarische Themen. Doch sie sind nicht nur der Stoff, aus dem viele Texte sind, Krankheiten und Kranke fordern Literatur – insbesondere narrative – heraus, bestimmen und gestalten die Art und Weise, wie sie zum Ausdruck kommen. Nicht allein literarische, auch medizinische, philosophische, religiöse und andere Diskurse erzählen – aus unterschiedlichen Motiven und Perspektiven – Krankengeschichten. Kranksein ist eine allgemein menschliche Erfahrung, aber deren Wahrnehmung und Erklärung, Vor- und Darstellung verändern sich mit der Zeit unter dem Einfluss von Wissensrepräsentationen, die einem steten Wandel unterliegen.

Literarische Krankheitserzählungen sind ein privilegierter Ort, wo sich die Pluralität und (Un-)Vereinbarkeit der verschiedenen Krankheitskonzepte zeigen, wo die Konkurrenz zwischen Experten- und Laiendiskursen problematisiert wird. Wer kann die Deutungshoheit über die Konstruktion von Wirklichkeit und Wissen beanspruchen? Wer besitzt die Deutungsmacht über das «Normale und das Pathologische»?¹ Literarische Texte fokussieren auf die je individuelle Geschichte des kranken Subjekts und stellen sowohl unsere kognitiven wie auch unsere emotionalen Umgangsformen mit Krankheiten und Kranken in Frage, ja auf

¹ Georges Canguilhem: *Le normal et le pathologique*, in: *La Connaissance de la vie*, Paris 2009 (1965), 199.

die Probe. Nicht selten unterlaufen sie konventionelle Klassifikationen oder entgrenzen begriffliche Unterscheidungen wie die Gegensatzpaare krank vs. gesund, Traum vs. Realität, Fiktion vs. Wahrheit.

Die folgenden Analysen versuchen aufzuzeigen, welche Bedingungen und Faktoren literarische Krankheitsbeschreibungen und -erzählungen beeinflussen. Da ist zunächst die Art der Krankheit, welche die Erzählform mitbestimmt: Tuberkulose, AIDS, Alzheimer-Demenz können nicht auf dieselbe Weise zur Sprache kommen. Wer zum Beispiel an Alzheimer erkrankt, verliert im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit die intellektuellen Fähigkeiten, diese als betroffenes Subjekt selbst zu erzählen.

Zudem ist jede Krankengeschichte geprägt durch den kulturhistorischen Kontext, in dem sie produziert, vermittelt und rezipiert wird; sie steht in einem engen Zusammenhang mit konkurrierenden Wissensformen der Medizingeschichte und führt – implizit oder explizit – einen Dialog mit Narrationen und Erzähltechniken aus der Literaturgeschichte. Der Wandel, in dem sich sowohl der medizinische Diskurs wie auch Erzähltraditionen befinden, wird in den Versuchen literarischer Texte, eine Krankheit in ihrer Eigenart wahrzunehmen, darzustellen und zu deuten, reflektiert und problematisiert.²

Tuberkulose war seit dem 19. Jahrhundert ein besonders beliebtes Thema in Werken der Literatur, Malerei oder Oper und wurde in dieser Epoche gerne in Beziehung zu künstlerisch-kreativen Tätigkeiten und Talenten gebracht.³ Die Entwicklung neuer bildgebender Techniken (Röntgenphotographie)⁴ und Behandlungsver-

² Vgl. Katrin Max: Antizipation des 'culture-bound syndrome'? Kulturell bedingte Prägung der Wahrnehmung von Krankheit im ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhundert am Beispiel der Hysterie, in: *KulturPoetik* 17/1 (2017) 100–121.

³ Vgl. Frank Degler, Christian Kohlross (Hg.): *Epochen-Krankheiten. Konstellationen von Literatur und Pathologie*, St. Ingbert 2006.

⁴ Vgl. Charlotte Kurbjuhn: *Vom physiognomischen Fragment zum Röntgenatlas. Invasive Visualität, bildgebende Verfahren und Subjektkonsti-*

fahren (Hygienemassnahmen, Errichtung von Sanatorien) zeugen zur selben Zeit von wissenschaftlichen Erkenntnisprozessen, auf welche die künstlerischen Darstellungen sensibel reagieren. In Abgrenzung sowohl zu den tradierten Repräsentationen der Krankheit in literarischen Erzählungen wie auch zu den Beschreibungen und Erklärungsmodellen in der Medizin steht und versteht sich folglich ein in den 1930er Jahren geschriebener Roman, dessen Protagonist an Knochentuberkulose leidet.

Das plötzliche Auftreten von AIDS provoziert in den 1980er Jahren eine Vielzahl von Sichtweisen von Krankheit und Gesundheit, wobei zwischen medizinischen Diskursen und dem Diskurs fiktionaler Gattungen (Literatur, Film) komplexe Interaktionen und Debatten entstehen, die über den Umgang mit moralischen Vorurteilen, mit tabuisierten Themen wie Sexualität und der gesellschaftlichen Ausgrenzung einzelner sozialer Gruppen kritisch streiten.⁵ Die Verwendung von bestimmten Sprachbildern (z.B. Kriegsmetaphorik),⁶ welche die neu aufgetretene Krankheit fassbar machen wollen, und der Erkenntniswert medizinischer Hypothesen, welche die Entstehung und den Verlauf von AIDS zu erklären trachten, sind Teil einer Diskussion, in der mannigfache Interpretationen, Wissens- und Sinnzuschreibungen sich kontrovers gegenüber treten. Ausserdem fallen die literarischen Erzählungen und persönlichen Lebensberichte von an AIDS Erkrankten in eine Zeit, in der autobiographische und autofiktionale Narrationen in der Literatur einen immer grösseren Platz einnehmen.⁷

tuierung bei Thomas Mann, M. Blecher, Thomas Kling und Durs Grünbein, in: KulturPoetik 16/2 (2016) 227–252.

⁵ Vgl. Claude Thiaudière, Béatrice Ajchenbaum-Boffety: *L'Homme contaminé: la tourmente du sida*, Paris 1992.

⁶ Dazu der bekannte Essay von Susan Sontag: *Illness as Metaphor & AIDS and its Metaphors*, New York 1978/1988.

⁷ Der Begriff der Autofiktion (im Französischen auch *ego-fiction*) wurde von dem Schriftsteller und Literaturkritiker Serge Doubrovsky in den 1970er Jahren geprägt, literarisch umgesetzt und kommentiert.

Literarische Krankheitserzählungen sind epochen- und kulturabhängig, zeugen von Veränderungen der Gesellschaft, der Wissensformen, der Werteordnungen und der ästhetischen Erfahrungen, welche sie gleichzeitig erleiden und aktiv mitgestalten. Die drei Werke, die ich im Folgenden untersuche, sind Fallbeispiele und erhellen auf je eigene Weise verschiedene Momente einer Reise durch die Wissens- und Literaturgeschichte westlicher Prägung. Tuberkulose, AIDS, Alzheimer-Demenz machen spezifische Grenzerfahrungen deutlich, die sich ganz unterschiedlich manifestieren und literarisch verarbeitet werden. Die Texte stehen komplementär zueinander und lenken unsere Aufmerksamkeit auf sich ergänzende Aspekte der Krankengeschichte(n).

Max Blecher

Betrachten wir zu Beginn unserer Überlegungen den Roman *Vernarbte Herzen*, der 1937 in Rumänien unter dem Titel *Inimi cicatrizate* erschien.⁸ Nur ein Jahr später wird dessen Autor, Max Blecher, mit 28 Jahren an Knochentuberkulose sterben. In seinem Roman stürzt die Welt des Protagonisten Emanuel ganz überraschend ein; innerhalb weniger Minuten verliert er jeglichen Halt und alle ihm vertrauten Orientierungspunkte. Dieser abrupte Realitätsentzug fällt zusammen mit der vom Arzt gestellten Diagnose, an der Wirbelsäule fehle ein Stück Knochen:

Es ist zernagt worden ... von Mikroben weggenagt, antwortete das dunkelhäutige Männlein. Vollständig aufgezehrt ... wie ein Zahn, den Karies zersetzt hat.⁹

Die wie ein Todesverdikt kommunizierte Diagnose verändert die Wahrnehmung, die Emanuel von sich und seiner Umwelt hat,

⁸ Max Blecher: *Inimi cicatrizate*, București 2009; *Vernarbte Herzen*, übers. von Ernest Wichner, Frankfurt am Main 2006.

⁹ M. Blecher: *Vernarbte Herzen*, 11.

auf eine verstörende, da grundlegende Weise. Die Wirkmächtigkeit der Krankheitserkennung hängt eng mit der diskursiven Form zusammen, in der sie zur Sprache kommt: Emanuel erfährt, dass er an der Pott'schen Krankheit leide. Die Etikettierung mit einem «wissenschaftlichen Namen»¹⁰ sowie die Visualisierung dank der Radiographie geben dem diffusen, subjektiven Leiden Emanuels ganz plötzlich eine objektiv scheinende, nicht zu hinterfragende Identität und Realität. Die Aussage des Arztes, es handle sich um Knochentuberkulose, geniesst die Autorität einer klaren, medizinischen Erkenntnis, an der nicht zu zweifeln ist.

Was die Lebenswirklichkeit ins Wanken bringt, ist die Unvereinbarkeit der Vorstellungen. Während der Arzt eine Lücke in der Wirbelsäule zu benennen, lokalisieren und ins Klassifikationssystem der Krankheiten einzuordnen weiss, kann Emanuel nicht begreifen, wie es ihm möglich ist, trotz einer zernagten, zerstörten Wirbelsäule aufrecht zu stehen. Der aufrechte Gang aber ist eines der Distinktionsmerkmale, die den Menschen definieren, und so nagt das Bild des fehlenden Wirbels am Selbstverständnis des sich von nun an krank wissenden Subjekts. Im Gegensatz zum Arzt findet Emanuel keine Worte oder Begriffe, um seine Gedanken und Gefühle zu analysieren und zu beschreiben, weshalb er bildhafte Ausdrücke bemüht: Er vergleicht sich oder, genauer gesagt, seinen Körper mit einem umgeknickten Baum oder mit einer leblosen Stoffpuppe; schliesslich identifiziert er sich sogar mit der verängstigten Maus, die er einst beobachtet hatte, als ob die ärztliche Diagnose das Ende seiner menschlichen Existenz, ja die «organische Verschmelzung mit der Dingwelt»¹¹ bedeutete und eine kafkaesk anmutende Metamorphose provozierte.

Unter dem analytischen Blick des Arztes, der sich auf den fehlenden Wirbel und einzelne erkrankte Körperteile konzentriert, entfernt sich Emanuel von sich und seiner Umwelt, wird sich selbst

¹⁰ Ebd., 13.

¹¹ Iulia Dondorici: Den Körper schreiben – Poetiken des Körpers in der Prosa der rumänischen Moderne, Berlin 2017, 71.

fremd. Seine ganzheitliche, sinnliche Wahrnehmung, die seinen Leib nicht von seiner Person, seinen Emotionen und Ideen abtrennte, verliert den Bezug zur Realität der Arztpraxis. Die Wirklichkeit – bis anhin stabiler Referenzrahmen – scheint plötzlich unreal, sinnentleert und konsistenzlos. Der Prozess der (Selbst-)Entfremdung erfährt einen weiteren Höhepunkt im Sanatorium von Berck, wo Emanuel von der Knochentuberkulose geheilt werden soll. Das an der französischen Atlantikküste gelegene Seestädtchen Berck ist so klein, dass es nicht einmal auf der Frankreichkarte verzeichnet ist: Handelt es sich um einen geographisch lokalisierbaren Ort oder vielmehr «keinen Ort», eine Utopie, gar Distopie? Im grotesk wirkenden Gegensatz zum Versprechen des Arztes, in Berck ein «völlig normales Leben»¹² führen zu können, erlebt Emanuel beim erstmaligen Eintritt in den Speisesaal des Sanatoriums einen Schock, der das Vertrauen in seine Lebenswelt augenblicklich ruiniert und ihn in eine tiefe Sinnkrise stürzt. Paradoxerweise wird er sich in diesem Moment seiner Krankheit voll bewusst und hat gleichzeitig das Gefühl «sein Bewusstsein sei total zerfallen».¹³

Der Anblick der in Gips immobilisierten, auf speziellen Betten liegenden Kranken ist Emanuel so fremd und unbekannt, dass er nicht zu unterscheiden vermag, ob er träumt oder wacht, ob er Zuschauer eines künstlichen Spektakels oder einer wahren Begebenheit ist. Er verliert die Fähigkeit, zwischen fiktiven und wirklichen Szenen zu differenzieren. Doch nicht allein die Grenzen zwischen Traum und Realität verwischen sich, selbst so grundlegende Kategorien wie Leben und Tod, normal und abnormal stürzen ein. Verunsichert fragt er sich:

Was ging hier vor? War tatsächlich er es, Emanuel, jener Körper auf dem Wagen inmitten eines Saales, in dem alle Tischgenossen an blumengeschmückten Tischen lagen? Was hatte all dies zu bedeuten? Lebte er? Träumte er? In welcher Welt, in welcher Realität trugen all diese Dinge sich zu?¹⁴

¹² M. Blecher: *Vernarbte Herzen*, 17.

¹³ Ebd., 41.

¹⁴ Ebd.

Blechers Roman erzählt dann – ohne Pathos –, wie es Emanuel gelingt, wieder Ordnung in das Chaos seiner Empfindungen und Gedanken zu bringen, seine Emotionen von neuem zu kontrollieren und der Welt der Kranken Sinn zu geben. Der «Romanheld» wandelt sich vom passiven, ohnmächtigen Patienten zum Akteur seines Schicksals. Die Transformation des Rollenverständnisses, die das Ergebnis vieler auch schmerzlicher Erfahrungen ist, kann als persönliche Selbstermächtigung gelesen werden. Emanuel lernt trotz des Gipses, der ihn einengt, eine relative Bewegungsfreiheit zurückzugewinnen und selbst seine sexuellen Bedürfnisse und affektiven Wünsche zu befriedigen – so gut es unter den ihn beeinflussenden Umständen geht. Wenn Emanuel zum Schluss des Romans aus Berck abreist, ist er nicht wirklich geheilt, seine Leidensgeschichte wird in der Schweiz, in einem anderen Sanatorium fortgesetzt. Aber er hat eine Luzidität erreicht, dank welcher er sein Kranksein nicht mehr als abnormal wahrnimmt, sondern als eine Existenzform, die von anderen Normen bestimmt wird. Mit Georges Canguilhem können wir sagen, Emanuel wird klar, dass «la vie à l'état pathologique n'est pas absence de normes mais présence d'autres normes».¹⁵

Was Emanuel erlebt und erleidet, scheint identisch mit dem Leben seines Schöpfers. Das Ende des Romans fällt beinahe mit dem Tod des Autors zusammen. Und doch insistiert Blecher in Briefen an Freunde, dass er ein literarisches Werk zu schreiben beabsichtigt. Bewusst wählt er einen antisentimentalen Erzählstil und schreibt in der dritten Person – auch wenn alles aus dem Blickwinkel des Protagonisten wahrgenommen wird. Der internen Fokalisierung und der autobiographischen Dimension zum Trotz beharrt Blecher auf der bewussten Unterscheidung von literarischer Fiktion und Realität. Während im Roman *Vernarbte Herzen* die Grenzen zwischen fiktiver und realer Lebenswelt aufgehoben werden, bemächtigt sich Blecher als Autor der narrativen Deutungshoheit und beansprucht, die unterschiedlichen Sphären in eine enge Beziehung zu setzen, ohne sie aber miteinander zu vermischen.

¹⁵ G. Canguilhem: *Le normal et le pathologique*, 214.

Hervé Guibert

Fünzig Jahre nach Max Blechers frühem Tod im Mai 1938 beginnt Hervé Guibert, ein neues Buch zu schreiben. Es wird den Titel *À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie* tragen und 1990 erscheinen, wenige Monate bevor der an AIDS leidende Autor den Folgen seiner Krankheit erliegt.¹⁶ AIDS tritt in den 1980er Jahren auf, wirkt unheimlich und scheint sich epidemieartig auszubreiten. Zu Beginn wird AIDS als ein Problem von Randgruppen – Homosexuellen, Prostituierten, Drogenabhängigen – angesehen; der öffentliche Diskurs stigmatisiert, marginalisiert, diskriminiert die HIV-positiv getesteten Patienten. Doch gleichzeitig weiss man erst wenig über Ursprung, Erreger, Verbreitung, Symptome und Krankheitsverlauf von AIDS, noch wird viel spekuliert und die Krankheit entweder diabolisiert oder mystifiziert. Gerüchte, Vermutungen, Glaubensbekenntnisse, Phantasievorstellungen füllen das Wissensvakuum aus, sind Nährboden für Literatur und Kunst.

Der schon in den 1970er Jahren als Schriftsteller, Kritiker und Fotograf tätige Guibert thematisiert in seinen letzten Lebensjahren immer stärker seine persönlichen Erfahrungen als AIDS-Kranker und (er-)findet seinen ganz eigenen Stil. In den kurz vor seinem Tod geschriebenen Texten, von denen einige erst *postum* veröffentlicht werden, sind Autobiographie und Roman eng miteinander verwoben. Im Gegensatz zu Blecher spielt Guibert bewusst mit der Auflösung der Grenzen zwischen vorgetäuschten und erlebten Ereignissen. Sein autofiktionales Schreiben problematisiert nicht nur die Kategorien von Wahrheit und Lüge, sondern entwickelt gezielt die Strategie des *mentir-vrai*.¹⁷ Einerseits radikalisiert Guibert

¹⁶ Hervé Guibert: *À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie*, Paris 1990; Dem Freund, der mir das Leben nicht gerettet hat, übers. von Hinrich Schmidt-Henkel, Reinbek bei Hamburg 1991.

¹⁷ Guiberts Schreibstil zeugt von der in den 1970er Jahren erkennbaren Tendenz, das schreibende Subjekt in den Mittelpunkt der literarischen Produktion zu stellen.

die Fokussierung auf das eigene Ich und offenbart die rasche Verschlimmerung seines Gesundheitszustands schonungslos, andererseits fabuliert er sein Schicksal und erzählt im ersten Teil des aus 100 Fragmenten komponierten Textes *Agonie und Tod Muzils* alias Michel Foucaults. *À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie* trägt Merkmale von Bekenntnisliteratur und findet den Stoff, aus dem es entsteht, im Tagebuch des Autors. Zugleich transformiert Guibert sein eigenes Leben und dasjenige der anderen in ein literarisches Werk und treibt ein Verwirrspiel mit der Unentscheidbarkeit von Person und Figur – mit Pseudonymen, die kaum verschleiern.

Es sind nicht so sehr die Enthüllungen über Foucaults Krankheit, sondern vielmehr der unauflösliche Zusammenhang von Aussen- und Innenperspektive, die unscharfen Konturen von Authentischem und Erdachtem, die wesentlich zum Skandal beitragen, den der erste, sehr erfolgreiche AIDS-Roman provoziert. Indem Guibert AIDS zum zentralen Akteur macht, indem er erzählt, wie diese Krankheit Geist und Körper schwächt, aushöhlt und zersetzt, formt er mit seinem Leiden ein Werk, das wächst und reift, während ihn seine Lebenskräfte verlassen. Er schreibt sich bis an die äusserste Grenze seiner Existenz heran. Wenn er im allerletzten Fragment bekennt: «Mes muscles ont fondu. J'ai enfin retrouvé mes jambes et mes bras d'enfant»,¹⁸ dann ist der Tod nah. Der Moment der literarischen Vollendung fällt mit dem Lebensende zusammen. Auch wenn das unverschämt wirkende Erzählen des eigenen Endes eine Fiktion ist, wenn ein Hiatus zwischen Werk und Leben bestehen bleibt, so erreicht Guibert dank der rasch einsetzenden Rezeption seiner Texte, Fotografien und Filme, dass die Barrieren zwischen den literarischen Gattungen, zwischen Fiktion und Realität, Leben und Tod unkenntlich gemacht und überschritten werden. Er ist schlussendlich ganz in seine Texte und visuellen Produktionen eingegangen.

¹⁸ H. Guibert: *À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie*, 284.

Guibert überträgt seine Lebenswelt in Texte, und umgekehrt bedeuten Texte sein Leben. Die Krankheit AIDS, mit der er sich infiziert hat, wird zur Metapher für die ganz konkrete Wirkung, welche die Werke von Thomas Bernhard auf ihn ausüben. Der Name dieses Schriftstellers – oft nur in der mehrdeutigen Abkürzung T. B. zitiert (Thomas Bernhard litt an Lungentuberkulose, also an TB) – steht für das Ansteckungsrisiko von Literatur. Das Lesen und Schreiben von Texten wird zur Metapher für Infektionskrankheiten: Im übertragenen Sinn kann man die einmal mehr, einmal weniger starke Präsenz von inter-, intra-, para- oder meta-textuellen Bezügen in literarischen Werken als Anwesenheit und potentielle Ausbreitungsgefahr ansteckender Viren verstehen. Menschlichen Körpern vergleichbar infizieren sich Texte mit fremden Erregern, die sich unkontrolliert auszubreiten drohen:

Mon livre, mon compagnon, à l'origine, dans sa préméditation si rigoureux, a déjà commencé à me mener par le bout du nez, bien qu'apparemment je sois le maître absolu dans cette navigation à vue. Un diable s'est glissé dans mes soutes : T. B. Je me suis arrêté de le lire pour stopper l'empoisonnement.¹⁹

Ob aus der Er- oder Ich-Perspektive, ob Leben und Literatur trennend oder vermischend, Blecher und Guibert erzählen (von) Krankheiten, an denen sie leiden und sterben. Knochentuberkulose und AIDS sind Krankheiten, welche die Integrität des Körpers angreifen und das kranke Subjekt zum Objekt medizinischer Expertendiskurse degradieren. Doch als Schriftsteller erobern beide ihre verlorene Autorität und Autorschaft zurück und finden Anerkennung, indem sie sich eine neue Identität und Glaubwürdigkeit erschreiben.

¹⁹ Ebd., 12.

Olivia Rosenthal

Tuberkulose, AIDS, Krebs und viele andere Krankheiten können von den Betroffenen beschrieben, erzählt, interpretiert werden. Obgleich sich das kranke Individuum durch ein solches Unterfangen selbst zum Gegenstand von distanzierten Beobachtungen und Analysen macht, sich in Subjekt und Objekt spaltet oder eine Vielfalt von narrativen Funktionen übernimmt, obgleich die sprachliche Vermittlung immer Fiktion und Entfremdung bedeutet – das kranke Individuum bleibt Zeuge der gelebten Krankheit und versucht, dieser durch die literarische Übertragung Sinn zu geben. Doch wie lässt sich Alzheimer erzählen? Ist die Alzheimer-Demenz einmal fortgeschritten, verhindern Sprachstörungen, Gedächtnisschwund sowie der Verlust von kognitiven und emotionalen Fähigkeiten, dass die davon betroffenen Patienten ihre eigene Krankengeschichte erzählen. In Olivia Rosenthals 2007 veröffentlichtem Buch *On n'est pas là pour disparaître* liest man das Geständnis: «Écrire sur la maladie de A. est par nature voué à l'échec.»²⁰

Trotz dieser Einsicht stellt sich die 1965 in Paris geborene Schriftstellerin der angeblich zum Scheitern verurteilten Aufgabe. Im Gegensatz zu vielen Schriftstellern, die über an Alzheimer erkrankte Verwandte schreiben – wie zum Beispiel Arno Geiger²¹ – wählt Rosenthal als Ausgangspunkt das Schicksal von «Monsieur T.», der am 6. Juli 2004 seine Frau mit fünf Messerstichen zu töten trachtete. Aus unterschiedlichen Perspektiven berichten Herrn T. nahestehende Personen, wie sich ihre Beziehungen zueinander dramatisch unter dem Einfluss der stets nur mit dem Kürzel A. bezeichneten Krankheit verändern. Die kaleidoskopartig arrangierten Episoden zeugen von verstörenden Erfahrungen: Der zunehmende Verlust der Gedächtnisleistungen führt dazu, dass Herr T. nicht

²⁰ Olivia Rosenthal: *On n'est pas là pour disparaître*, Paris 2007, 102. Dt.: Wir sind nicht da, um zu verschwinden, übers. von Birgit Leib, Sulzbach/Taunus 2017.

²¹ Arno Geiger: *Der alte König in seinem Exil*, München 2012.

nur unfähig ist, einfache Gegenstände zu erkennen und deren Gebrauch zu verstehen, er verwechselt seine Ehefrau mit anderen Frauen und begehrt selbst seine eigene Tochter; er differenziert (*différencier*) nicht mehr zwischen den Generationen, bricht Tabus, wird aggressiv oder scheint gleichgültig (*in-différent*). Schliesslich wird ihm nicht nur seine Umwelt völlig fremd, er kommt sich selbst abhanden, verliert das Bewusstsein seiner Identität. Daher ist er auch nicht mehr imstande, seine konfuse Empfindungen, Gefühle und Gedanken sprachlich auf verständliche Weise zu artikulieren und zu vermitteln.

Aber gerade dies interessiert die zentrale Erzählinstanz, die sich für den Leser überraschend – da nicht von Beginn weg – als Rosenthal vorstellt: Sie will – trotz der fundamentalen Unlösbarkeit der Aufgabe – Herrn T.'s Gemütsbewegungen und Perzeptionen zum Ausdruck bringen. Viele Sequenzen, aus denen das Buch gleich einem Puzzle gebaut ist, sind literarische Versuche, sprachliche Formen zu finden, die den Zustand des an Alzheimer Erkrankten fühlbar und nachvollziehbar machen. Rosenthal – zugleich Autorin, Erzählerin, Zeugin, involvierte Person – variiert Genre, Prosa und Layout der einzelnen Textfragmente, um auch formal anzudeuten, dass ein lineares, kohärentes Erzählen im Falle von Alzheimer-Demenz unpassend, ja unstimmig wirken muss. Einzelne Textbausteine, welche die Sichtweise des Patienten unterstellen – es handelt sich um explizit gemachte Hypothesen, Vortäuschungen, um diskursive Strategien des So-tun-als-ob –, verzichten auf logische Verbindungen und Zusammenhänge, lassen Leerstellen stehen. Die syntaktische Ordnung zerfällt, weicht losen, parataktisch gefügten Aussagen und Worten, die an poetische Strukturen und Klangmuster erinnern. In keinem Moment wird jedoch vorgegeben zu wissen, wie Herr T. «wirklich» fühlt, empfindet, denkt. Rosenthal nähert sich der Realität des Alzheimer-Patienten, indem sie diese mehrfach im Blick anderer Menschen bricht und auf mannigfaltige Art fikionalisiert.

On n'est pas là pour disparaître ist ein vielschichtiger Text, der unterschiedlichste Gattungen vereint. Er ist auch Dokument und

(Auto-)Biographie. Neben der Geschichte von Herrn T. werden Stationen im Leben des Arztes Alois Alzheimer, welcher der Demenzkrankheit seinen Namen gab, bruchstückhaft evoziert. Unter diesen Lebensstationen sind nun solche – zum Beispiel Frankfurt am Main –, die sich geographisch mit der Familiengeschichte der Rosenthals berühren. Auf verschlungenen, weil verlorenen, vergessenen, verdrängten Wegen begegnen sich die Namen (Alois) Alzheimer und (Olivia) Rosenthal und lassen einen bedeutungsschweren Kontext erahnen. Plötzlich vermutet der Leser, die «maladie d'A[lzheimer]» sei auch als «maladie d'A[llemagne]», ja als «maladie d'A[uschwitz]»²² zu lesen:

À l'époque où Alzheimer vivait à Francfort, la ville n'avait pas été détruite par la guerre. Le vieux quartier et la disposition des rues devaient être à peu près les mêmes que connurent mes ancêtres quand ils s'y installèrent. Je possède une photographie de la famille de ma grand-mère où on voit cette dernière, encore petite fille, entourée par ses frères et sœurs et par ses parents devant la boutique de maroquinerie que tenait son père. C'est une photographie précieuse parce qu'elle est la seule trace que je possède de l'existence sociale de mes arrière-grands-parents à Francfort-sur-le-Main, Allemagne.²³

Der Verlust des individuellen Gedächtnisses, unter welchem an Alzheimer erkrankte Personen leiden, wird in Verbindung mit dem Verlust des familiären und kollektiven Gedächtnisses gebracht. Im Gegensatz zu Herrn T., der unfreiwillig die Fähigkeit verloren hat, seine nächste Umgebung und sich selbst wiederzuerkennen, sind beinahe alle Erinnerungen an die Familiengeschichte der Rosenthals willentlich aus dem Gedächtnis gelöscht. Die Vernichtung der europäischen Juden während des Zweiten Weltkriegs ist aus dem kulturellen und oft auch aus dem familiären Gedächtnis verdrängt, ja getilgt worden. Mit dem Verschwinden der letzten Spuren und Zeitzeugen stellt sich die Frage, wer in Zukunft die Erinnerung an die Opfer der Shoah wachhält, kommuniziert und an die nachfolgenden

²² Die Bezeichnung «maladie d'Auschwitz» findet man im Buch von Robert Bober: *Quoi de neuf sur la guerre*, Paris 1993.

²³ O. Rosenthal: *On n'est pas là pour disparaître*, 136.

Generationen weitergibt. Während Herr T. die Generationen verwechselt, da sein persönliches Gedächtnis immer mehr Lücken aufweist, bleiben die institutionalisierten Gedächtniskonstrukte des Holocaust Fragment, sind voller Leerstellen, die nicht mehr gefüllt werden können. Wenn Rosenthal behauptet, kein Deutsch zu sprechen, auf keinen Fall je Deutsch zu sprechen, so ist sie Teil einer Verdrängungsstrategie, die die Kontinuität der eigenen Erinnerungsgemeinschaft unterbricht und ihrer individuellen Identität das Fundament entzieht.

Doch: Wenn alles dem Vergessen, Verdrängen, Verschwinden zum Opfer fallen kann – in *On n'est pas là pour disparaître* gilt dies zudem für den Suizid der Schwester Rosenthals –, fragt sich, was unsere persönliche Identität garantieren kann. Was bleibt von uns, wenn die Erinnerungen verblassen, das Bewusstsein schwindet, die zentralen Anhaltspunkte unseres Lebens verloren gehen, wenn kollektives und kommunikatives Gedächtnis zerstört werden? Texte, die Krankheit erzählen, konfrontieren uns mit der Tatsache, dass Identität keine permanente Eigenschaft, keine definitive Qualität ist. Die Erfahrung des Krankseins macht uns bewusst, dass unsere individuelle, soziale und kulturelle Identität einem Prozess von mehr oder weniger tiefgreifenden Metamorphosen unterworfen ist. Die vermeintliche Kontinuität und Stabilität unserer Persönlichkeit erweist sich als Konstruktion und Fiktion. So verschieden Knochentuberkulose, AIDS, Alzheimer-Demenz sind, jede dieser Krankheiten bedeutet für das an ihnen leidende oder Anteil nehmende Individuum eine existentielle Bedrohung, Verstörung, Verunsicherung.

Max Blecher, Hervé Guibert, Olivia Rosenthal zeigen jedoch, dass literarische Werke die fragmentierte Realität unserer Existenz auf sinnvolle Weise zu rekonstruieren vermögen und in Krisenmomenten helfen, unser Selbstbild neu zu bestimmen und Rollenverständnisse unter wechselnden Bedingungen weiterzuentwickeln. Im Schreiben und Lesen von Krankheitsgeschichten wird die Gültigkeit von absolut gesetzten Wertesystemen und moralischen sowie ästhetischen Normen relativiert. Gleichzeitig werden neue intellektuelle und affektive Fähigkeiten entdeckt, werden ungeahnte

Denkstrukturen geschaffen, dank deren das kranke Subjekt einen gesellschaftlichen Ort und Anerkennung findet. So vielfältig die literaturgeschichtlichen und medizinhistorischen Voraussetzungen auch sein mögen, welche die Krankheitserzählungen prägen, jeder der drei analysierten Texte strebt auf seine Weise nach einer – wenngleich prekären – «Selbstvergewisserung des Subjektes»²⁴ und nimmt uns mit auf eine Reise, die unser Wissen und unseren Glauben erschüttert, verändert, aber auch erweitert und erneuert.

conexus 3 (2020) 120–134

© 2020 Christina Vogel. Dieser Beitrag darf im Rahmen der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 – Creative Commons: Namensnennung/nicht kommerziell/keine Bearbeitungen – weiterverbreitet werden.



<https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.009>

Prof. Dr. Christina Vogel, Universität Zürich, Romanisches Seminar,
Zürichbergstrasse, 8 8032 Zürich
chvogel@rom.uzh.ch

²⁴ Ch. Kurbjuhn: Vom physiognomischen Fragment zum Röntgenatlas, 233.

Josette Baer

The Development of Psychiatry in Slovakia

Introduction

This text should be understood as an introduction to the political history of Slovakia with a focus on public health. For the Slovaks, 1918 marked the crucial moment of self-government and the end of aristocratic rule; the Slovak territory was united with the Czech lands (Bohemia, Moravia and Moravian Silesia) by February 1919,¹ and the new border with Hungary was confirmed in the peace treaty of Trianon in June 1920, effective from July 1921. The Czechoslovak Republic, founded by professor of philosophy Thomas Garrigue Masaryk (1850–1937), was the result of the Allied victory in the First World War and recognition for Masaryk's Czechoslovak *legia*, which had fought on the side of the Allies for four years.

I am neither a physician nor a historian of medicine; thus, my text is based on the studies of two Slovak colleagues as well as specialist literature that I have scrutinized in preparing this text.² Owing to my lack of expertise, I shall not present the process of

¹ Note that all translations into English are by me, unless otherwise referred to. On the details of the integration of Slovakia into the Czech lands, see Josette Baer: *A Life Dedicated to the Republic*. Vavro Šrobár's Slovak Czechoslovakism, Stuttgart 2014, 73–94.

² Roy Porter: *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity*, New York, London 1999; Jeffrey A. Lieberman with Ogi Ogas: *Shrinks. The Untold Story of Psychiatry*, London 2016; Adam Bžoch: *Psychoanalýza na Periférii (k dejinám psychoanalýzy na Slovensku)*, Bratislava 2007.

development of psychiatry in detail, that is, single phases in which new research methods, such as psychoanalysis or forensic psychiatry, were introduced or experimented with. This text deals with psychiatry in the context of public healthcare in Czechoslovakia. I would like to express my gratitude to Professor Paul Hoff, head of the Psychiatric University Hospital Zurich (PUK),³ who generously sent me PDFs of chapter II of his book, and to the neurologist MUDr Milan Novák, scientific director of the Kosmonosy Psychiatric Clinic, whose comments were immensely helpful.⁴

My text is structured as follows: First, I shall briefly present the public health situation of the Slovaks in Slovakia, that is Upper Hungary, the northern mountainous region of the Kingdom of Hungary (Felvidék), roughly from the 1880s to 1918. Second, I focus on the year 1918 that changed Slovaks' lives for the better. The new Czechoslovak government referred to the regime change it undertook as revolutionary because everything changed: general franchise, including women; new personnel in state and educational institutions; confiscation and nationalization of the immense land holdings of the Catholic Church; a completely new foreign policy, orientated towards the USA and Great Britain; and the adoption of the constitution of Czechoslovakia as a sovereign nation state of the Czechs and Slovaks. These massive social, economic and political changes, geared to the creation of a democracy, also prompted the establishment of a state-organized system of public health, which had barely deserved the name under Hungarian rule.

³ <https://www.pukzh.ch/ueber-uns/geschichte/>; accessed 16 December 2019.

⁴ Paul Hoff: *Geschichte der Psychiatrie*, Kapitel 2, in: *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*, Berlin, Heidelberg 2011. The Kosmonosy Clinic on <http://www.plkosmonosy.cz/>; accessed 5 June 2020.

Public Healthcare in Slovakia prior to 1918

I owe the following details about social medicine and psychiatry to two Slovak doctors: professor of social medicine Vavro Šrobár (1867–1952), and professor of psychiatry Michal Turček (1921–1970).

Vavro Šrobár was a Catholic from Ružomberok, an adherent of Masaryk. He studied medicine in Prague in the 1890s. In October 1918, he joined Czech members of the national liberation movement in signing the declaration of independence on behalf of the Slovaks and would rule Slovakia as Plenipotentiary with a firm hand in the dangerous years of Czechoslovak state building from 1919 to 1921. Šrobár is probably one of the most neglected politicians of twentieth-century Central European history. In 1936, he wrote recalling the past:

Thus, in 1870, the government prohibited the Slovak priests from founding associations dedicated to the promotion of sobriety [*abstinentné spolky*] in the district of Upper Trenčín. At the beginning of this century, the authorities banned my activities just after my third lecture; I was educating the people in the villages adjacent to Ružomberok about tuberculosis, alcoholism, trachoma, infant mortality and household hygiene, with the help of pictures and drawings. The school inspector prohibited the editors of Hlas from publishing a booklet by Dr Dušan Makovický, because it was written in Slovak.⁵

Public healthcare did exist in the Kingdom of Hungary, but because of the politics of assimilation, the hospitals in Upper Hungary were not perceived as institutions where one could get treatment, but only where one would die – or so the barely literate and impoverished peasants in Slovakia must have thought. Dirty rooms, no modern technical equipment and understaffing were the rule, not the exception. This misery had mainly political causes, but was also due to lack of funds, or state investments that were either unsound or lacking altogether. Healthcare was considered a government task

⁵ Vavro Šrobár: Úlohy sociálneho lekárstva na Slovensku, in: Bratislavské lekárske listy 16/16 (1936) 1–17, special issue, 2–3. Hlas was the journal of the secular Slovak intellectual elite, adherents of Masaryk's Czechoslovak state theory.

only when major health hazards, such as epidemics, occurred. The ruling Liberal Party in the capital Budapest referred to its government, naturally, as a liberal one, but:

Classical liberalism was led by the middle classes, extolled the value of meritocracy, and was wedded (at least theoretically) to the principle of free speech. Hungarian liberalism was none of these things. As elsewhere in Central Europe, liberalism in Hungary before 1918 was grounded in a distinct historical tradition: it was enacted by a narrow social elite and driven by a larger nation-building project.⁶

Until 1918, that is, the foundation of the Czechoslovak Republic, the hospital personnel were Hungarian speakers. Thus, a Slovak farmer could not explain to the Hungarian-speaking physician where he felt pain, and the physician was not able to treat him because he did not understand Slovak. According to Hungarian law, every physician practising in Upper Hungary had to confirm in writing that he was neither a member of, nor publicly active on behalf of, the Slovak national movement.⁷ Budapest's brutal assimilation policies blocked high-school and university education for Slovak youth since classes at both institutions were held in Hungarian in Hungary or German in Austria. After 1882, Slovak students who passed the *maturita* could study in Czech at the Czech section of Charles-Ferdinand University in Prague. Among the Slovak medical students who benefitted from studying in the Czech section were Šrobár and his friends, who would form the first generation of Slovak doctors capable of treating patients in much friendlier and more professional surroundings.

Michal Turček's text⁸ is the only source of information I found at the Slovak National Library (SNK) in Martin. He had planned to

⁶ Thomas Lorman: *The Making of the Slovak People's Party. Religion, Nationalism and the Culture War in Early 20th-Century Europe*, London, New York, Oxford, New Delhi, Sydney 2019, 13.

⁷ V. Šrobár: *Úlohy sociálneho lekárstva na Slovensku*, 3.

⁸ Michal Turček: *Dejiny Psychiatrie na Slovensku*, part I in: *Protialkoholický Obzor* 26/5 (1991) 303–308; parts II–III, in: *ibid.* 26/6 (1991) 403–414; part IV, in: *ibid.* 27/1 (1992) 23–29; part V, in: *ibid.* 27/2 (1992) 71–75; part VI, in: *ibid.* 27/3 (1992) 167–173.

write a history of psychiatry in Slovakia (*Dejiny Psychiatrie na Slovensku*, last draft 1962); unfortunately, he died before he could finish the text. His colleague, professor of medicine Alojz Janík from Prague, edited Turček's text and published it in the scientific journal *Anti-alcoholism Observer*, founded in 1965. Turček's special field was the treatment of alcoholism; he practised art therapy and acted for many years as an expert in forensic psychiatry at the state court in Bratislava.⁹ He was also a member of the Council for Psychiatry at the Ministry of Health of the Slovak Socialist Republic (SSR).¹⁰

In Upper Hungary, psychiatry and medicine developed only after the Enlightenment; Central Europe and Western Europe were, in terms of scientific development, more or less on an equal footing prior to the Enlightenment. Mainly monasteries took pity on those whom they perceived as mentally ill; in the Hungarian kingdom it was also customary practice for the authorities to subsidize the cost of housing, clothing and food for the mentally ill. One can imagine how these most vulnerable members of society were treated, since they were considered a source of income. Paul Hoff on the care of the mentally ill prior to the Enlightenment:

The great psychiatric clinics of Paris, Bicêtre and Salpêtrière were first and foremost a blend of poor house, prison, asylum for the homeless and orphanage [...] and the consulting of physicians was not the rule at all.¹¹

By the mid-nineteenth century, general hospitals were the norm in the Hungarian kingdom, and the first psychiatric clinic was founded in 1857 in Kolozsvár (today Cluj-Napoca, Romania). In Upper Hungary, *primár* (head physician) Dr Jakub Fischer founded the first psychiatric ward in Pressburg/Pozsonyi (today Bratislava,

⁹ Anna Falisová: *Lekári na Slovensku do roku 2000*, Bratislava 2010, 414–415.

¹⁰ In December 1970, following the invasion of 21 August 1968, the federation was established, granting Slovakia (SSR) some autonomy in state institutions on her own territory. The federation was not a real one since the party did not federalize, but the regime was no longer as centralistic as it had been prior to Dubček's reforms.

¹¹ P. Hoff: *Geschichte der Psychiatrie*, 29.

the capital of Slovakia) in 1891 on the premises of the town's general hospital.¹²

A statistic cited by Turček informs us about the abominable situation at that time: In 1880, in Pressburg/Pozsonyi, one mentally ill person was registered for every 256 citizens. Other figures state that, especially in the countryside, the figures were lower, that is, there were fewer mentally ill citizens than in Pressburg, the future Slovak capital Bratislava. How to explain these figures? Turček assumed that medical knowledge, hence diagnosis of psychiatric illness, was not as developed in the poor rural regions as in the city on the Danube, where professionally trained physicians were in contact with international research.¹³ Another statistic¹⁴ demonstrates the poor situation of healthcare in comparison with its development by the year 2000. In the mid-nineteenth century, 210 Hungarian-speaking physicians were registered in Upper Hungary to take care of 11,400 (!) Slovak-speaking patients. This situation changed significantly in the two decades of the First Republic (1918–1938): in 1937, one year prior to the Munich Agreement that would violently destroy the only democracy in Central Europe, one physician was available to 1878 patients, and by 2000, one physician for 271. The modernization of public healthcare and training of physicians significantly improved from 1918 on because of the political situation: Slovak and Czech students could now study medicine at Czechoslovak universities in their own languages.

«Charity instead of clinic» – this slogan can partly explain the development of European and Central European (not yet public) healthcare for the mentally ill from the mid-nineteenth century to the years after the First World War. As Milan Novák points out: «Charity instead of clinic» applied to the Czech lands before mid-nineteenth century, since the development of psychiatry followed the trends in Austria and Germany, and the first psychiatric clinic, the *Tollhaus*, was founded in Prague in 1790 under the rule of Joseph II

¹² M. Turček: *Dejiny Psychiatrie*, parts II and III, 405–406.

¹³ *Ibid.*, part V, 74.

¹⁴ A. Falisová: *Lekári na Slovensku*, 66.

(1741–1790).¹⁵ Prior to the First World War, mainly charitable Christian care was available; private persons paid by the government, poor-houses or asylums and monasteries took care of the ill, without the facilities and scientific skills of psychiatric diagnostics. The period after the First World War saw significant modernization: in newly founded Czechoslovakia, public healthcare was reorganized and brought up to international standards of medical and psychiatric research.

Psychiatry in Slovakia after 1918

In 1918, the Slovaks and Czechs happily faced a new phase of their national lives: the establishment of a sovereign state; self-determination after centuries of having to obey foreign rule, serving in an army whose purpose was to preserve the authoritarian rule of the aristocracy and Catholic clergy and the distinctly anti-modern and anti-Enlightenment attitude of the political elite, apart from bearing the huge tax burden of the Danubian monarchy.

The misery in the Slovak countryside would soon be a thing of the past, and one woman took responsibility: Dr Alice Masaryková (1879–1966). The eldest daughter of President Masaryk had planned to study medicine, but for reasons unknown to us, she gained her doctorate in philosophy and literature.¹⁶ Alice Masaryková was the

¹⁵ Milan Novák: «The *Narrenturm* in Vienna was founded briefly before the Prague *Tollhaus*. In 1822, a new psychiatry, St. Catherine's, was founded in Prague and became an independent psychiatric institution in 1846; it operated also as university clinic under the guidance of Dr Riedel and professor Arnold Pick and others. The emperor called Riedel to Vienna to oversee the foundation of a new psychiatric hospital because of his experience from Prague. Other large psychiatric hospitals were founded before the First World War in the Czech lands: 1863 Brno, 1869 Kosmonosy (where I work), 1880 Dobřany, 1887 Opařany, 1891 Horní Beřkovice, 1902 Jihlava, and in 1909 Bohnice and Kroměříž. All were modern and scientifically up-to-date at their time. There were also many private clinics.»

¹⁶ The best biography known to me is Radovan Lovčí: Alice Garrigue Masaryk. *Život ve stínu slavného otce*, Praha 2007.

energetic founder of the Czechoslovak Red Cross in 1919, with the support of American and British friends of her father. She knew what was at stake:

We want to have our state placed on a firm basis of expert, scientific work, no dilettantism or «goody-goody» enthusiasm; we believe in clear business-like idealism for the transition period. This idealism will never leave Czechoslovakia – but now we need all hands on deck to save many thousands of lives.¹⁷

When Hitler broke up Czechoslovakia, the so-called Slovak Republic (1939–1945) came into being.¹⁸ The clerical-fascist regime, presided over by Catholic theologian and priest Dr Jozef Tiso (1887–1947), would excel in its antisemitism, which had cruel consequences for public healthcare in the officially sovereign state. Although the governing party HSĽS (*Hlinkova Slovenská Ľudová Strana*, Hlinka's Slovak Peoples' Party) never tired of stressing that Slovakia's sovereignty was the result of the people's national aspirations, the state was but the result of Hitler's aggression – and at Hitler's beck and call. Yet, to the citizens, the state was their first experience of sovereignty.

The Slovak state was a catastrophe for the Slovak physicians of Jewish descent. Anna Falisová states that there are no statistics for

¹⁷ «What the Czechoslovak Red Cross needs»: compiled from official reports on <https://archive.org/stream/5926299upenn/5926299#page/n3/mode/2up>; accessed 28 October 2019.

¹⁸ Note that the official name of Slovakia from 1939 to 1945 was «Slovak Republic»; here, I take the liberty NOT to use «Slovak Republic», since the Slovak state had nothing at all in common with a Republic. I am fully aware that I am ignoring one of the principal rules of academic historiography, that is, that one has to refer to names and institutions how they were referred to in the period subject to investigation. Yet, I do not see the point of sticking to a rule which, in this particular case, would only deliver a mistaken portrait of the political conditions in Slovakia from 1939 to 1945. Highly recommendable about the Slovak state are: Slovenská Republika 1939–1945, Bratislava 2015; František Cséfalvay, Ľubica Kázmerová: Slovenská Republika 1939–1945. Chronológia najdôležitejších udalostí, Bratislava 2007; Jaroslava Roguľová a kol.: Dva režimy jednej krajiny, Bratislava 2017.

the war years 1939 to 1945, but she found some figures that illustrate the cruel situation.¹⁹ In October 1938, 867 Slovak physicians were Jews (44%). As a result of the anti-Jewish laws issued by the Tiso government in March 1942, 124 Jewish doctors were deported in the first wave of 1942 to what the regime believed were labour camps in German-occupied Poland. Eight of them survived. After Nazi Germany occupied Slovakia in the autumn of 1944, 280 Jewish doctors who had initially been spared to aid the German war effort were deported and murdered.

Slovak research into the history of medicine and psychiatry is still in its infancy. Apart from Turček's draft, there are no studies that scrutinize the development of medicine and psychiatry in the years of the Communist regime (1948–1989) in Slovakia. Research on psychiatry under Communism is a very young field, and the superb volume edited by Sarah Marks and Mat Savelli²⁰ is only the beginning, but a highly interesting one since it reveals a crucially important distinction between the almighty Soviet Union and its satellite state Czechoslovakia – Pavlovism:

Pavlovism, an argumentation schema based on I. P. Pavlov's reflex theory. According to this viewpoint, social relations were external stimuli that caused conditional reflexes in people, thus affecting the «higher nerve-functions» influencing behaviour. From this view, Western psychotherapy was deemed an «imperialist psychology», due to the fact that it supposedly individualized social problems, thereby concealing and sustaining their real causes, namely economic inequality and the exploitation-based social class-structure.²¹

What did the Soviet Union Pavlovist regime look like? The Soviet government used psychiatry as a 'healing' tool of dissidents, or anybody who in Brezhnev's neo-Stalinist Soviet Union dared to speak their critical mind. The policy of treating Soviet dissidents in

¹⁹ A. Falisová: *Lekári na Slovensku*, 67–68.

²⁰ Sarah Marks, Mat Savelli (eds): *Psychiatry in Communist Europe*, Basingstoke 2015.

²¹ Melinda Koval: *The History of the Hungarian Institute of Psychiatry and Neurology between 1945 and 1968*, in: S. Marks, M. Savelli: *Psychiatry in Communist Europe*, 122.

psychiatric clinics was cruel but, in theoretical terms, i.e. according to Marxist-Leninist thought, a perfectly rational procedure. Just put yourself in the shoes of a devout Brezhnevist: The Soviet Union provides for her citizens, who won the second World War at the cost of great sacrifice, the best social regime, that is, affordable healthcare, education, kindergartens, public transportation and retirement. Let us have a look at what Czech, Soviet and Slovak Party members were proclaiming in November 1961 on the occasion of the meeting of the Association of Czechoslovak and Soviet friendship:

Over the next twenty years, the Soviet Union will build the material and technological basis of Communism. In view of the diverse development of the powers of production and the high level of engineering, cultural and living standards, the Soviet Union will overtake the USA in per capita industrial production [...] By 1980, the Soviet Union will possess the financial means to grant free education for children in kindergartens and primary schools, material support for those who cannot work, free education in schools at all levels of instruction, free medical care and stays at health spas, rent-free apartments and free community services, free public transport and a step-by-step transition to free alimentation for all.²²

What political system could possibly top that? Certainly not Western-type Capitalism with its exploitation of the working people, horrendously expensive education system and the immoral gap between the filthy rich and the desperately poor. In the way of thinking of the members of the Politburo, anybody who did not understand the humanity of the Soviet system must be mentally ill, thus needed to be taken care of in a psychiatric clinic. Under Stalin, disbelievers were simply shot or sent to the gulag; under Brezhnev, they were «healed» in psychiatric clinics.²³

²² Quoted from Stanislav Sikora: *Rehabilitácie v roku 1963 a ich politické dôsledky*, in: Miroslav Londák, Elena Londáková, Stanislav Sikora: *Predjarie. Politický, ekonomický a kultúrny vývoj na Slovensku v rokoch 1960–1967*, Bratislava 2002, 16.

²³ Milan Novák: «This practice started already under Stalin: Konstantin Päts, the President of the occupied and annexed Estonia was held in a mental asylum from 1943 to 1956 and died there. He was forcibly treated under the pretext of psychosis when insisting to be the President of Estonia, which was perfectly true.»

Slovak and Czech citizens who dared to voice criticism of Gustáv Husák's²⁴ neo-Stalinist normalization regime (1969–1989) were not «healed» in a psychiatric clinic, and the standard Czechoslovak text book on medicine and special medicine had no entry on Pavlovism.²⁵ I think that, after 1968, almighty Moscow knew exactly what it was doing: leave those Slovak and Czech psychiatrists alone. Those, who did not emigrate to the Capitalist West, are obviously not political, and the only possible harm they can do to us and the Socialist bloc is talking to Western psychiatrists – let them discuss psychiatric theories and diagnostics to their hearts' content. Our troops are at the borders with the West, and we have a firm grip on Czechoslovakia. Our Soviet military might is what counts, not some Slovak or Czech psychiatrists who attend conferences in the West.

Conclusion

To conclude: recently, historians and historians of medicine have opened up a new chapter in the history of medicine in Central Europe. The superb volume edited by Sarah Marks and Mat Savelli²⁶ is but the beginning of a new journey. The reason why Michal Turček entitled his unpublished draft *The History of Psychiatry in Slovakia* and not *The History of Slovak Psychiatry* was simple: in 1918, only two psychiatrists declared their national identity as Slovak.²⁷ Psychiatry in the Slovak-speaking Northern territory of the Hungarian kingdom equalled the developments in the field in Western Europe. There was not much of a difference in treating mentally ill

²⁴ Two excellent biographies of Husák: Slavomír Michálek, Miroslav Londák a kol., Gustáv Husák. Moc Politiky. Politik Moci, Bratislava 2013; Michal Macháček: Gustáv Husák, Praha Vyšehrad 2017.

²⁵ Zdeněk Mysliveček: *Obecní psychiatrie*, Praha 1959; *Speciální psychiatrie*, Praha 1959. I thank professor of psychiatry Jiří Modestín, Zurich, for this information.

²⁶ S. Marks, M. Savelli: *Psychiatry in Communist Europe*.

²⁷ Alojz Janík: Doslov, in: M. Turček: *Dejiny psychiatrie na Slovensku*, part VI, 173.

persons in France and Hungary in the late eighteenth century. «Charity instead of clinic» was the rule in Europe until the mid-nineteenth century. In 1918, the foundation of sovereign Czechoslovakia prompted a great surge of modernization, accompanied by a secular and scientific perception of society and politics: a system of public healthcare and the Czechoslovak Red Cross were established, and special hospital wards took care of the mentally ill. Professional medical research developed also in psychiatry, which was just the beginning of a new perspective on how to explain mental illness. The previous view of psychologically abnormal individuals and behaviour was no longer blamed on demons or the devil, but now subject to scientific scrutiny.

Since 1 January 1993, Slovakia has been a sovereign state, and Slovak citizens are the masters of their politics, economics, public healthcare and culture. After some bumpy years under Prime Minister Vladimír Mečiar, the citizens voted in 1998 for a coalition of centre-right parties with an agenda of integration into Western political structures. The little Central European state gained both NATO and EU membership in 2004, and Slovak diplomats rightfully refer to the country's post-communist history as a success story. This success is also mirrored in the development of psychiatric care, which began after the Second World War and developed under the Communist regime. Today, there are four general psychiatric clinics (research and treatment), two specialized in child psychiatry, six psychiatric hospitals (treatment), twenty-four psychiatric wards in hospitals, thus thirty-six institutions dedicated to psychodiagnostics, research, treatment, forensic psychiatry, problems of addiction, crisis intervention, psychotherapy, preventive detention and geriatric psychiatry.²⁸

Compared with the abominable situation of public healthcare in Upper Hungary in the late 1890s, which Vavro Šrobár described, this development is a true success story. I am quite certain that both Šrobár and Turček would be very proud of what their colleagues have achieved.

²⁸ <http://www.psychiatry.sk/psychiatricke-zariadenia>; accessed 2 December 2019.

conexus 3 (2020) 135–147

© 2020 Josette Baer. Dieser Beitrag darf im Rahmen der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 – Creative Commons: Namensnennung/nicht kommerziell/keine Bearbeitungen – weiterverbreitet werden.



<https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.010>

Prof. Dr. Josette Baer, Universität Zürich, Philosophisches Seminar,
Zürichbergstrasse 43, 8044 Zürich

baer@philos.uzh.ch

Malcolm MacLaren

Immigration and Healthy Policymaking

The patient

The metaphor of the «body politic» is an old one, dating at least back to the Middle Ages and being famously depicted on the frontispiece of the first edition of Hobbes' *Leviathan*. It has proven resilient in the conceptualization of public affairs to date, the people incorporated in the state often being treated as the body politic.¹

Indeed, the metaphor has been frequently used in the ongoing debates in the West about mass migration due to a nation-state's central role – be it in terms of the official regime, logistical capacity, national character, or self-identity. Hillary Clinton, who suffered electorally from Donald Trump's promise to build a wall with Mexico, argues that «if we don't deal with the migration issue it will continue to roil the body politic».² Likewise, the migrant crisis of 2015 hit a real nerve in many European countries, wracking national political systems and populations. A British activist reckons that «the ways in which governments treat people who are moving in

¹ Exemplary is Jared Diamond: *Upheaval: How nations cope with crisis and change*, London 2019. Diamond draws on the metaphor not only in describing how the polity functions, but also in prescribing right «behaviour». Contrary see Niall Ferguson: *Shrink thinking: Are countries really like people?*, in: *Times Literary Supplement*, 1 November 2019, 12–13.

² Quoted in Matt Stevens et al.: *Hillary Clinton Says Europe Must «Get a Handle» on Migration to Thwart Populism*, in: *New York Times*, 22 November 2019.

search of safety and opportunity have become a stark indicator of the health of those democracies».³

Here, the metaphor of nations as personified abstractions will be used as a starting point in exploring how public policy is made in the West today.⁴ Related notions of individual (ill-)health offer insight into the (ab-)normal functioning of a liberal democratic system. Further, the present volume's guiding principle of *Krankheit und Gesundheit* based on the conception of One Health helps clarify the condition described. It points to the holistic approach that should be taken to understand and to treat such dysfunction in a liberal democracy.

A medical examination

In addition to the policies' substance, i.e. how governments deal with immigrants, the process of policymaking must be examined. The question arises: to what extent is «healthy policymaking» being practiced in Western democracies regarding such topical societal concerns as immigration? More fundamentally, how far can the customary ideals of careful consideration of information, constructive exchange of different opinions, and amiable consensus be reasonably expected in this highly emotive context?

In the following essay, I find that the requirements for such deliberation about mass migration and other contemporary hot-button issues are not currently vouchsafed in *Mitteleuropa* or elsewhere in the West. A primary cause and consequence of this deficit have been the rapid rise of nativist populism and its great influence on immigration policymaking.

For concerned politicians and commentators, engaging with feelings within – and for/against – liberal democracy is imperative

³ Lucy Hovil: Telling Truths about Migration, in: International Journal of Transitional Justice 13/2 (July 2019) 199.

⁴ The information and websites in this essay are up to date as of 1 March 2020.

so as to enable common reflection, dialogue and agreement. My analysis of approaches that have been pursued of late by liberal democrats suggests that identifying what is *not* to be done in treating the body politic is easier than identifying what is to be done. There are policymaking pitfalls to avoid, which otherwise stoke fears about immigration and render public debate even more extreme. How these fears can and should be assuaged, however, remains unclear. Neither the means nor the justification for the state to determine their permissibility is evident in liberal democracy.

I conclude that absent an effective and acceptable treatment, deficient discourse and mistaken policies will at times result. Dysfunction in policymaking – and profound dissatisfaction with liberal democracy – will therefore persist about mass migration. The body politic will – can – never develop a total immunity to «illnesses» in popular deliberation. At most an alleviation of the symptoms may be achieved.

The dysfunction

That immigration receives close attention in the West today is readily understandable. It is on a larger scale and of a changed composition from earlier decades. That immigration is a matter of great societal concern and of considerable discussion is also understandable. It affects the native population's sense of identity and well-being – as well as the immigrants themselves – as people are insecure about the future of their community. As the German political scientists Gary Schaal and Felix Heidenreich put it simply, immigration policy is about how we wish to live together: «Was ist es, das wir gemeinsam wollen und wertschätzen?»⁵ The terms and justifications in immigration policymaking are not self-evident; they

⁵ Gary S. Schaal, Felix Heidenreich: Zur Rolle von Emotionen in der Demokratie, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 30 July 2013: <https://www.bpb.de/apuz/165744/zur-rolle-von-emotionen-in-der-demokratie>

must be worked out country by country, provision by provision. While they are, a degree of tension is unavoidable.

Alone the language commonly used speaks to how important and how charged the issue of immigration is today in public. For example, the influx of 2015 has been characterized in *Mitteleuropa* as an «immigrant avalanche» (qua an unstoppable force of nature) and as a «humanitarian imperative» (children's bodies washing up on Mediterranean beaches). Where for one group, the German ship's captain who rescued migrants from the sea is a «hero», for another group she is a «pirate». A moral fervour overcomes a large part of the population in debating immigration. This fervour has been manifested in the rancour and animus that characterise exchange: «accusations of xenophobia fly in one direction, dismissals of starry-eyed idealism in the other».⁶ Despite being a complicated and tangible policy issue, immigration tends to be understood in simplified and symbolic terms by the general public.

At all times, realizing the ideals of liberal democratic discourse in immigration policymaking seems wishful thinking. The debate in Switzerland, for example, around the *Masseneinwanderungsinitiative* of 2014 was a testing – and sadly telling – time for that country's political culture, which had hitherto been widely admired for rational, reasoned argument. It is an issue, arguably more than any other, that possesses the power to divide opinions, to lead to polarization and radicalization. Germany already struggled with this issue prior to 2015. In early 2001, Interior Minister Otto Schily proposed Germany's first-ever regulated immigration program. Following the 9/11 terrorist attacks, he decided against submitting the bill to cabinet, judging it an unpropitious moment.⁷ Extreme positions dominate debate, despite most voters maintaining moderate views. This culture of political debate is widely acknowledged to be defective. It seems, a columnist notes plaintively, «zu viel verlangt,

⁶ Special Report: Migration, in: *Economist*, 28 May 2016, 16.

⁷ Further see Malcolm MacLaren: Framing the Debate over the German Immigration Bill: Toward Reasoned Policymaking, in: *German Law Journal* 2/16 (2001): <https://doi.org/10.1017/S2071832200003990>

einem halbwegs zivilisierten Gegenüber erst mal zuzuhören und gegebenenfalls sachlich zu widersprechen.»⁸ Pleas for a new *Streitkultur* in Germany are made by leading newspapers and even the *Bundespräsident*.⁹ Can the polity still build majorities for profound reforms urgently required?

These strong, divisive feelings evoked by mass migration – and other hot-button issues like Brexit and climate change – have been manipulated and exploited by political entrepreneurs to challenge, with considerable success, present norms, institutions, and practices. In the US, «Trump’s virulent rhetoric taps into the grievances of a white working or middle class and encourages it to embrace, revitalize, and act on its prejudices».¹⁰ These feelings have been inflamed beyond dissatisfaction with the content of particular policies to now express general frustration and disenchantment with liberal democracy and support for alternative regimes.

Where in past, the establishment parties across Europe tended to advance moderate positions soberly, of late these have been adopting populist-inspired rhetoric and policies on issues like immigration. A normalization and outbidding may be observed. Mainstream politicians also pander to fear, hatred, anger, etc. for

⁸ Peter Maxwill: Lädierte Streitkultur: Wir schweigen die Demokratie zugrunde, in: Spiegel Online, 21 July 2019: <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/streitkultur-und-demokratie-wie-wir-sie-zugrunde-schweigen-a-1261127.html>

⁹ Bundespräsident Steinmeier. Haben Problem mit Streitkultur, ZDF, 18 November 2019: <https://www.zdf.de/nachrichten/heute/bundespraesident-steinmeier-haben-problem-mit-streitkultur-100.html>

Bastian Berbner: «Germany Talks»: It's Impossible to Talk to You!, in: Zeit Online, 1 October 2018:

<https://www.zeit.de/gesellschaft/2018-09/germany-talks-discussion-argue-constructively-political-adversaries-englisch>

¹⁰ Martijn Konings: Neoliberalism Against Democracy? Wendy Brown’s «In the Ruins of Neoliberalism» and the Specter of Fascism, in: Los Angeles Review of Books, 22 September 2019:

<https://lareviewofbooks.org/article/neoliberalism-against-democracy-wendy-browns-in-the-ruins-of-neoliberalism-and-the-specter-of-fascism>

votes, giving credibility to those feelings and undermining human rights, the rule of law, and democratic structures.¹¹

Populism is facilitated today by the internet, as it furthers fragmentation, polarization and radicalization in the citizenry.¹² On one hand, bots and echo chambers amplify our views, and news websites trade in outrage; on the other, the use of social media hinders the shared understandings and conversations that are the basis of liberal democracy. The result is that «modern debate has a structural bias in favour of demagoguery and disinformation».¹³

Regarding 2015, fearmongering by right-wing political parties and media outlets earned votes and boosted ratings. These questionable practices before – as well as after – that momentous summer had a negative impact on policymaking and have been partly why the migration took on epic proportions in Europe.¹⁴ The problem was «the way immigration was depicted, described, debated or demonised»¹⁵ and not the migrants' arrival in larger numbers *per se*.

These flawed discourses must be reformed if the body politic is to function as intended. This reform begins with greater public self-reflection by political and media actors. How then can the

¹¹ Generally see Demetrios G. Papademetriou et al.: The Future of Migration Policy in a Volatile Political Landscape, in: Migration Policy Institute, November 2018:

<https://www.migrationpolicy.org/research/migration-policy-volatile-political-landscape>

¹² *Inter alia* see Cass Sunstein: #Republic: Divided Democracy in the Age of Social Media, Princeton NJ 2017.

¹³ Steven Poole: Who wins from public debate? Liars, bullies and trolls, in: Guardian, 3 May 2019:

<https://www.theguardian.com/books/2019/may/03/death-of-debate-jordan-peterson-slavoj-zizek-alexandria-ocasio-cortez>

¹⁴ Further see Florian Lippert: Public self-reflection in the context of the European migrant crisis: Towards a new transdisciplinary model of discourse analysis in politics, media and the arts, in: Journal of European Studies 49/3–4 (2019) 336–353.

¹⁵ In the British context, see Rachel Shabi: How immigration became Britain's most toxic political issue, in: Guardian, 15 November 2019:

<https://www.theguardian.com/politics/2019/nov/15/how-immigration-became-britains-most-toxic-political-issue>

deliberative and judicious policymaking that is required on this emotive issue of national importance be facilitated?

The parameters

The policymaking process in Western democracies has several phases, roughly divisible into agenda building, formulation and adoption, implementation as well as evaluation and termination. The focus here is on the second phase, i.e. coming up with a national approach to deal with a perceived problem.¹⁶ The process of policymaking is aimed at the most effective outcomes, achieved by the most appropriate means. Recourse alone to democracy and its decision-making mechanisms does not ensure – may indeed prevent – «healthy» policymaking. A process that involves reacting to popular demands and results in broad consensus must be supported by reliable knowledge and a certain culture of debate.¹⁷

Traditionally, the parameters for the policymaking process in Western democracies have been defined by the Rawlsian ideal of public reason, as effected by responsible politicians, quality media, and reasonable citizens. This ideal is emotion-averse: it intentionally excludes related motivations that are considered an improper basis for public policy- and decision-making. Put pointedly, emotions in politics are alien to the body politic, should be minimized, and belong in the private sphere. The prescription was not new, but it found renewed support due to the experience of the Interwar. Collective passions are held responsible in Europe for the atrocities of the Nazis and their collaborators, which constitute the antithesis

¹⁶ Exemplary see European Commission, *Quality of Public Administration: A Toolbox for Practitioners* (Theme 1: Policy-making, implementation and innovation), Luxembourg 2017: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8055&type=2&furtherPubs=no>

¹⁷ Generally see Marc Bühlmann, Hanspeter Kriesi: *Models for Democracy*, in: H. Kriesi et al.: *Democracy in the Age of Globalization and Mediatization*, Basingstoke UK 2013, 44–68.

of reason and humanity. In liberal democracy, the constitution, together with the whole legal system and the rule of law, may be seen as already geared to dampening and controlling passions.¹⁸

In the specific context of public debate, ideas are to «do battle» with one another to enable citizens to inform themselves and to make the best judgments possible. This view finds its perhaps most developed version in Habermas' theory of communicative action. Action must be characterized by reason, which is based alone on the «zwanglosen Zwang des besseren weil einleuchtenderen Argumentes».¹⁹

In view of its nature and significance, the issue of immigration poses a challenge to this understanding of and approach to politics in Western democracies. No politics/policymaking is ever neutral; even in reasonable liberal societies, it is to an extent emotionally charged. Of late, politics/hot-button issues have been the subject of mendacious campaigning amplified by partisan media and resonating in voters' anger. More helpful is to consider emotions in political participation/policymaking to be unavoidable, even indispensable. Moreover, feelings are neither good nor bad *per se* for democracy; outrage and anger can, for example, be a positive as well as negative force. Such an understanding distinguishes which are deployed/used and how, with which goals and tactics, and asks to what extent these are connected to deliberative processes.²⁰

¹⁸ Generally see András Sajó: Emotions in constitutional design, in: International Journal of Constitutional Law 8/3 (2010) 354–384.

¹⁹ Jürgen Habermas: Sprachtheoretische Grundlegung der Soziologie. Philosophische Texte. Studienausgabe, Frankfurt am Main 2009, I 144.

²⁰ Further see Priska Daphi: Presentation, 14. Bundeskongress politische Bildung 2019. Was uns bewegt. Emotionen in Politik und Gesellschaft, Leipzig, 9 March 2019:

<https://www.bpb.de/veranstaltungen/dokumentation/277643/sektion-3-partizipation-was-treibt-uns-an-bach-saal>

A diagnosis

Under the political systems prevailing in the West, the prospects for productive debate on a common good have been shown to be poor when the latter concerns the character and direction of the society. Especially in troubled times, democratic participation and processes may be destructive for the polity rather than constructive.

To my mind, what is determinative of the culture of debate is how the different ways of knowing, especially the emotional, that are evoked in policymaking are dealt with. In the present context, feelings motivate our (re-)actions; they are the basis for our value judgements; and they shape «situational interpretations».²¹ When emotions in democratic life are misunderstood and mishandled, the vitality of the debate and ultimately, its facilitating processes will suffer.

In face of the latter-day *besorgte Bürger* and *Wutbürger* and of the *Siegeszug der Gefühle*, politicians and political theorists have sought to make public policy regarding mass migration in ways that avoid «testing» the body politic, i.e. that do not give rise to distrust, divergence of opinion, and disagreement. Generally, the more emotional a debate becomes, the louder is the call for its control, internal or external.

For example, some politicians attempt to depoliticize the issue and to frame mass migration as merely a logistical challenge. These efforts are naïve or deceitful, but either way, they will prove unsuccessful. The issue of mass migration cannot just be «managed» by government executives with the proper strategies, structures, and capacities; it is more than just a big admin job.

The most famous attempt was German Chancellor Merkel's promise at the height of the migrant crisis: «[w]ir schaffen das: Wo etwas im Wege steht, muss es überwunden werden, muss daran

²¹ Paraphrasing G.S. Schaal, F. Heidenreich: Zur Rolle von Emotionen in der Demokratie.

gearbeitet werden.»²² As she had other policy challenges, Merkel sought to deal with it rationally and objectively, with detachment and moderation. This approach had been very popular previously.²³ The *Wir-schaffen-das*-promise did not, however, correspond to the public's expectations or rather, own emotionality about the event. Where policy in other contexts might have been agreed to be *alternativos*, the sudden arrival of immigrants in great numbers provoked an intense search for alternatives.

In the event, the German state coped very quickly and flexibly with the practical challenges of processing, housing, schooling, etc. the 1.1 million migrants who arrived in 2015. A marked and steady decrease in the number of immigrants has followed. In March 2019, the European Commission officially declared the crisis in the member states to be over. To the state's and Commission's chagrin, the situation is otherwise depicted by rival politicians and otherwise perceived by large sections of the public. Many in Germany, for example, continue to question the propriety of Merkel's decision in August that year not to close the country's borders to asylum seekers. They still worry greatly about immigrants, as many polls testify.

Preventive measures

Merkel's characterization of the migrant crisis as foremost an administrative challenge may be thought of as an actual attempt at evading, rather than accounting for, the feelings implicated in

²² German Chancellor Angela Merkel on the country's refugee policy, Press Conference, 31 August 2015:

<https://www.youtube.com/watch?v=kDQki0MMFh4>

²³ As a German political scientist in 2014 observed, «[w]ir haben fast eine Debattenallergie in Deutschland, in Zeiten der grossen Koalition ganz besonders.» (Karl Rudolf Korte, quoted in Ingeborg Breuer: Zwischen Leidenschaft und Demagogie, Deutschlandfunk, 31 July 2014:

https://www.deutschlandfunk.de/politik-und-emotion-zwischen-leidenschaft-und-demagogie.1148.de.html?dram:article_id=293252

designing a national immigration regime. Emotions have long been treated warily, even ascribed a negative role in political processes. Of late, populists' politics of fear has led to others' fear of politics and to the recommendation of different approaches to militate against feelings' influence on policymaking.

A careful review of three such approaches advises, however, political elites not to condescend to the views of ordinary people, believing themselves entitled to impose their enlightened perspectives and truths on the benighted masses.²⁴

1 — Attempts to disparage feelings (or pejoratively, passions) are misconceived, in principle and in practice. Hamlet-esque encomia of the «noble reason» that makes humankind «the paragon of animals» constitute a dubious prioritization of one way of knowing in politics. It valorises rationality in making sense of the world at the expense of possible contributions of other ways of knowing, e.g. intuition and imagination as well emotion.

One cannot, and arguably should not, tell people whether and what to feel. Our feelings are simply what they are and are worthy of recognition as such in political processes; they deserve validation rather than judgment. That does not mean that we can, and should, express feelings whenever and however we wish. Nonetheless, neither being fearful of immigrants nor preferring limits on immigration is «wrong» in and of itself.

Attempting, moreover, to dismiss unconventional or inconvenient attitudes by branding them as improper – or worse – will not shut down the political discussion. You won't win over anyone to your viewpoint, as a US journalist notes, by insulting them.²⁵ This preventive approach has, in any event, been effectively countered by populists, who urge the feelings' expression as not only natural

²⁴ Paraphrasing Joan C. Williams: Metro vs retro: The rise of divisiveness in modern politics, in: Times Literary Supplement, 8 February 2019, 6.

²⁵ German Lopez: Research says there are ways to reduce racial bias. Calling people racist isn't one of them, in: Vox, 30 July 2018: <https://www.vox.com/identities/2016/11/15/13595508/racism-research-study-trump>

but also justified. They propagate the legitimacy – even propriety – of voters' having them.

Listening to and showing respect for others' politics are integral to achieving broad consensus in policymaking. Emotions really become problematic when attempts are made to deny them. The expression of related sentiments in the native population, if widely shared and abiding, cannot be suppressed or long evaded. Politicians can gag themselves, but in a liberal democracy, they cannot gag the public (or press). These and the concomitant divisions in the body politic «will out», like truth itself, and may then be more the extreme. – For example, the majority vote in favour of Brexit was arguably caused by «the inability and unwillingness of liberal elites to discuss migration and contend with its consequences».²⁶

2 — An alternative appeal to citizens for trust in and deference to scientific and political leaders is also likely to fall on deaf ears. Although the leaders' intent may genuinely be to give people what is in their best interests, a paternalistic, elitist approach will not be readily agreed to in the West.

Some theorists have argued in favour of technical expertise, i.e. giving greater say to demographers, economists, and the like in determining policy. To give responsibility over to technocrats is to revert to «a system without anger and fondness», to rationalized governance devoid of irrational content.²⁷ Experts' understanding of a complex issue is presumed to be more astute and less self-interested than that of the average member of the public. This argument can be traced back to Plato's time at least: there have long been intellectuals who view the majority of citizens as «ignorant», «shiftless and flighty» and therefore would entrust power to an elite of «carefully educated guardians».²⁸

²⁶ Ivan Krastev: *After Europe*, Philadelphia 2017, 25.

²⁷ Following the title of a conference «A system without anger and fondness? Emotions in the age of bureaucracy» held at the Max Planck Institute for Human Development, Berlin, in 2016.

²⁸ Caleb Crain: *The Case against Democracy*, in: *New Yorker*, 7 November 2016:

The present reality in the West is, however, that the citizenry will not simply acquiesce in tighter limits on its participation in policy-making. Citizens expect substantial acknowledgement of their views as well as own broad and deep involvement in the political process.

Citizens consider themselves as «empowered» in what is oft characterized as an «age of individualism» in Western society. Many refuse to be dictated to by authorities – secular as well as religious – and seek to think and act for themselves, to «take back control», as Trump and Leavers sloganeered. This democratization of knowledge has been accelerated by high literacy rates and enhanced dissemination of news and communication.²⁹

Citizens are also aware that in a democracy, their vote has equal worth to others' and their right to take part in government is the same. They value having a voice and participating in political processes; they will assert their right to settle public issues as they wish. Ensuring public authorities' input legitimacy, whatever the output legitimacy they can lay claim to, is a great concern, as the prevailing criticism of the EU's democracy deficit attests. In immigration policy-making, the cogent argument that existential questions must be democratically answered would need to be convincingly refuted. Georg Kohler, Swiss philosopher, puts it succinctly: «Der allerletzte Richter in der Entscheidung über die Humanität und ihre (Staats-) Grenzen ist in der Demokratie stets «das Volk» [... bzw.] die Mehrheit seiner Angehörigen.»³⁰

An alternative approach of appealing to trust and deference also underestimates the general public's scepticism of and even anger toward present political authorities. Top-down politics and

<https://www.newyorker.com/magazine/2016/11/07/the-case-against-democracy>

²⁹ Further see William Davies: Why can't we agree on what's true anymore?, in: Guardian, 19 September 2019:

<https://www.theguardian.com/media/2019/sep/19/why-cant-we-agree-on-whats-true-anymore>

³⁰ Georg Kohler: Flüchtlingskrise: Der gute Hirte darf nicht zu gut sein zu anderen, sonst schadet er der eigenen Herde. Wo liegen die Grenzen der Humanität?, in: Neue Zürcher Zeitung, 17 August 2019.

unresponsive leaders have of late evoked disenchantment, rejection, and backlash worldwide. Such attitudes are not without grounding in experience. As the number of arrivals rose quickly in 2015, far beyond expectations, the popular perception that European governments could no longer control their countries' borders – a primary responsibility of the state – grew with it. Moreover, instances of policymaking about immigration that was sorely misconceived or promises about immigration that were flagrantly broken³¹ resist such an approach. In further policy contexts, Western governments have been revealed to have lied to their citizens. This understandable wariness toward government appeals for trust and deference is only intensified by populists' accusations that the «powers that be» look on them with disrespect, do not take their interests into consideration, or worse, are trying to hoodwink them.

Two phenomena in contemporary political discourse reflect this lack of trust in and deference to political elites. On one hand, mass migration is the subject of many conspiracy theories. For example, the «Eurabia myth» resonates widely today in the West and has moved in political discourse from the far-right into the mainstream.³² On the other, calls are frequently made to «trust the people» in public affairs and to have faith in «common sense» on matters of common good.³³

³¹ In terms of the former, the fate of many so-called *Gastarbeiter* is apposite. Young Turkish men were invited in the 1960s as temporary workers for West German factories. Afterwards, they did not return home as expected but brought over their families instead. An example of the latter is the estimate of the Blair government in 2004 that between 5,000 and 13,000 people would migrate to the UK from Central and Eastern Europe following their countries' accession to the EU. The actual number was more than 20 times the estimate's upper end.

³² Further see Andrew Brown: The myth of Eurabia: how a far-right conspiracy theory went mainstream, in: *Guardian*, 16 August 2019: <https://www.theguardian.com/world/2019/aug/16/the-myth-of-eurabia-how-a-far-right-conspiracy-theory-went-mainstream>

³³ Generally see Peter C. Baker: «We the people»: the battle to define populism, in: *Guardian*, 10 January 2019:

3 — This resilience of emotions' influence in policymaking has led to a third preventive approach today. Worrying about demagoguery and disinformation regarding hot-button issues like mass migration, liberal democrats have characterized the underlying situation as «misunderstood» and popular attitudes as «mistaken». They examine closely such debate and reveal serial «misleading rhetorical devices, half-truths and questionable assumptions».³⁴ Recent research in social psychology indicates, however, that their efforts should not focus on fact-checking about and empirical refutation of the allegedly negative impact of immigration in society. The debate in the West over mass migration is far from an exercise in truth-finding.

According to this research, people tend to overestimate the relationship between immigration and criminality – generalizing incidents such as the *Kölner Silvesternacht*. It also shows that stagnant wages and growing inequality in Western countries are not attributable to immigration. Indeed, humankind, as the «New Optimists» attest, may never have had it so good. Such figures may be objective and admit no contradiction, but they do not convince many more citizens, who remain discontented and disaffected.³⁵

Rather than by the proven balance of costs and benefits, perceptions in the population of immigration and of the national interest may be formed by memories and identity. As a German historian of emotions paraphrased the *vox populi* today, «ich fühle mich fremd im eigenen Land».³⁶ Alternatively, concern for the expected impact

<https://www.theguardian.com/news/2019/jan/10/we-the-people-the-battle-to-define-populism>

³⁴ Exemplary see Ali Rattansi: Migration fantasies: how not to debate immigration and asylum, in: openDemocracy, 28 September 2015:

<https://www.opendemocracy.net/en/migration-fantasies-how-not-to-debate-immigration-and-asylum/>

³⁵ Oliver Burkeman: Is the world really better than ever?, in: Guardian, 28 July 2017:

<https://www.theguardian.com/news/2017/jul/28/is-the-world-really-better-than-ever-the-new-optimists>

³⁶ Wie Gefühle Politik machen: Die Historikerin Ute Frevert im Gespräch mit Thomas Kretschmer, Deutschlandfunk, 4 November 2018:

on cohesiveness and character of the community may be determinative. Yascha Mounk finds that «[a] lot of the anger at immigration is driven by fear of an imagined future rather than by displeasure with a lived reality».³⁷ In eastern Europe, anxieties about national cohesion and demographic panic wrought by immigration – and emigration – help to explain the deep hostility toward migrants across the region in 2015.

This research in psychology undermines key assumptions of public choice theory, e.g. that political actors, especially voters, behave rationally in their own self-interest. Such assumptions seem unreal and unhuman, unrelated to a current context of great and rapid societal change. Most people do not show themselves as rational, utility-maximizing actors, i.e. *homines oeconomici*, whose behaviour can be predicted, dominated, and steered. They show themselves as *homines politici*, whose thinking and action are defined otherwise. This home truth makes the approach unsuited as a guide for life as it is in the polity and for democracy as it is in actuality.³⁸

In short, it is not relevant whether the pervasive pessimism and anxiety can be justified. It is relevant simply that these feelings are widely spread and are meaningful for those harbouring them.³⁹ Liberal democrats seem generally unable to make sense of memory and identity politics; these tend to be disregarded as irrational. People are expected to think straight and act sensibly. In contrast, nativist populists play to «perceived» – as well as «real» – concerns in immigration policymaking and draw a larger, more receptive audience than purveyors of restrained analysis. «A populist is», observes one author, «a gifted storyteller, and the recent elections

https://www.deutschlandfunk.de/gesellschaftsforschung-wie-gefuehle-politik-machen.1184.de.html?dram:article_id=427800

³⁷ Yascha Mounk: *The People vs. Democracy: Why Our Freedom Is in Danger and How to Save It*, Cambridge MA 2018, 174.

³⁸ Contrast Josiah Ober: *Democracy and knowledge: innovation and learning in classical Athens*, Princeton NJ 2009, with Geoffrey Hawthorn: *A game called Greek democracy*, in: *Times Literary Supplement*, 29 May 2009, 24.

³⁹ O. Burkeman: *Is the world really better than ever?*

across the world illustrate the power of populism: a false narrative, a horror story about the other, well told.»⁴⁰

Prescriptions?

Whereas populists seize on emotions in contemporary politics, considering them to be central to the human condition, liberal democrats treat emotions, including in this policy context, with suspicion. They therefore do not understand many citizens' preferences, take emotions' effects on the body politic seriously, and ultimately, allow for their role in democratic policymaking (regarding immigration or otherwise). This failure may be traced to the fact that there is no systematic place for emotions in democratic politics agreed among political theorists. The further question as to how, if at all, emotions might contribute constructively to policymaking on issues like immigration remains accordingly unanswered.

In the last two decades, however, there has been an «emotional turn» in Western political theory and in judgement of political decisions. Rational utilitarianism has been debunked as an inadequate understanding of democracy and its exclusive pursuit recognized as a threat long-term to democracy. Various commentators have sought to «compatibilize» democracy and emotions and to establish politics in the West on a new knowledge basis.⁴¹ These reject the stark dichotomy between rationality and emotionality in political theory, stressing their complex interactions in modern society. Rather than following the hierarchy in Rawlsian public reason, they also re-value the de-valued emotions, arguing that these are not necessarily harmful for democracy.

⁴⁰ Suketu Mehta: Immigration panic: how the west fell for manufactured rage, in: Guardian, 27 August 2019: <https://www.theguardian.com/uk-news/2019/aug/27/immigration-panic-how-the-west-fell-for-manufactured-rage>

⁴¹ Exemplary see Karl Rudolf Korte (ed.): Emotionen und Politik: Begründungen, Konzeptionen und Praxisfelder einer politikwissenschaftlichen Emotionsforschung, Baden-Baden 2015.

To cite two examples: Robert Howse, a progressive legal scholar, greets emotionalism in contemporary US politics as part of a promising agenda of reform: he sees it disrupting discredited elite-dominated politics. Howse argues that emotionalism could be a cause – and consequence – not of «mob rule» but of a more participatory and representative form of democracy.⁴² For his part, historian Ian Beacock suggests that «we might need political emotions if our democratic institutions are to survive.» He observes that supporters of the Weimar Republic embraced policymaking as an exercise in calm, sober rationality, even as regards widespread, profound concerns. They relinquished thereby «the powerful force of political feelings to the antidemocratic extremes».⁴³

While there may be a trend to affording emotions a role in political processes in the West, there is no agreement about which emotions are most promising and should be promoted. US public intellectual Martha Nussbaum maintains that «love» provides an affective basis that can «touch citizens' hearts and [...] inspire, deliberately, strong emotions directed at the common work before them»⁴⁴ and that can keep fear, disgust, and envy at bay. The way to cultivate it is through education and the arts. Others call for a politics based on hope: e.g. «[g]reater attention to the cultivation of emotions, such as hope, in public life might help us to understand, (re)kindle, and sustain people's affection for, and engagement in politics.»⁴⁵ Finally, appeals for «empathy» are made by the likes of Barack Obama.⁴⁶ The aspiration

⁴² Robert Howse: Epilogue: In defense of disruptive democracy – A critique of anti-populism, in: *International Journal of Constitutional Law* 17/2 (2019) 641–660.

⁴³ Quoted in Andrea Davies: Can political emotions destroy democracy? An interview with Ian Beacock, in: *Stanford News*, 9 April 2018: <http://shc.stanford.edu/news/qa-research/can-political-emotions-destroy-democracy>

⁴⁴ Martha Nussbaum: *Political Emotions*, Cambridge MA 2014, 2.

⁴⁵ Laura Jenkins: Why do all our feelings about politics matter?, in: *British Journal of Politics and International Relations* 20/1 (2018) 191.

⁴⁶ Further see Marina Fang: Obama Uses «To Kill A Mockingbird» To Remind Americans Of The Importance Of Empathy, in: *Huffpost*, 10 January 2017:

to social sensitivity is not merely to see things, but to feel them, as others do – e.g. to «walk a mile in the shoes of a Syrian refugee».

On their own terms, these ideals are very important and compelling; they approximate «motherhood and apple pie» issues. Both the means and prospects of their realization are, however, uncertain. Considered realistically, could popular support for the democratic system and liberal attitudes be deliberately won in the West in the face of the political disenchantment?

a) Means of realization

Further progressive commentators argue in favour of channeling emotions in the community for «positive» purposes. Amid societal conflict, they seek the reorientation of relevant political actors toward «inspiring sentiments», which are to be directed by public institutions and rules of behaviour.

The contention is that as national governments are unable to negate or override emotions, they can and should help form people's responses to public issues, events, etc., especially by reference to political philosophy. Nussbaum argues for an official, programmatic attempt to be made to promote «pro-social» emotions, while curbing «anti-social». As regards mass migration, the positive attributes of character – the «better angels of our nature» – are to be invoked and the issue framed as a «moral opportunity». Similarly, national governments can and should create conditions for the proper emotions to be expressed. Deliberative democrats, for example, speak of «sluices», «valves», and «filters» being set up to moderate political emotions in deliberation.⁴⁷ Demonstrations of empathy for others, e.g. in the form of volunteering, sponsoring, or donating, are to be promoted.

Two reservations about these proposed means of right emotions and positive channelling come readily to mind. First, proscribing justifications, or their epistemic sources, by governments would

https://www.huffpost.com/entry/obama-farewell-address-to-kill-a-mockingbird_n_58759621e4b03c8a02d3fa49

⁴⁷ G.S. Schaal, F. Heidenreich: Zur Rolle von Emotionen in der Demokratie.

contradict tenets of Rawlsian liberalism, which is otherwise to be upheld. These tenets include that each of us should be regarded as entitled to make the final choice in his/her political preferences – and possibly to err in so doing. Moreover, such edicts require imposing «a comprehensive theory of the good» on the populace.⁴⁸ How else might emotions in citizens be promoted without being totalitarian and specific beliefs on citizens be proscribed without being illiberal? – A second reservation lies in the fact that appealing to empathy proves particularly problematic in policymaking. Although empathy can be useful in getting people «to do the right thing», recent studies show that it can also distort people's judgment.⁴⁹ Empathy is biased, as people tend naturally to feel more for those like them. It can even be perverted by populists into hatred and violence through stirring up sentiments against «the other».

b) Prospects of realization

The mentality and response thereby strived for are a *Willkommenskultur* of humanity, fairness, solidarity among people – as captured, for example, in Germans cheering and handing bonbons to immigrants in the streets of the nation in August 2015. How far do these, however, take actual human nature and behaviour into account? Are human beings essentially good and reasonable? Judged according to historical and recent experience, these emotions are unlikely to be realized in liberal democratic politics.

The situations in which feelings might be expressed change over time; it is not the feelings themselves. The fear and hatred of immigrants and minority groups generally are age-old; they were politically potent a century ago. As an Iranian-Swiss historian of migration observes, «der heutige neue Rassismus in der Schweiz und Europa spricht nicht mehr von Rassen, sondern von anderen

⁴⁸ Further see A. Sajó: Emotions in constitutional design, 373: «some constitution makers have thought that they have a right or duty to impose moral truth and proper emotion-display rules on society».

⁴⁹ Generally see Paul Bloom: *Against Empathy: The case for rational compassion*, New York 2016; Fritz Breithaupt: *Die dunklen Seiten der Empathie*, Berlin 2017.

Kulturen, von Fremden, von Migranten und Migrantinnen und Menschen mit Migrationshintergrund. [...] Die Bezeichnungen ändern sich, die Ausgrenzung und Diskriminierung bleibt [sic].»⁵⁰ Our collective civic virtues have consistently proven more «ordinary» than heroic, despite concerted efforts at developing them through morality and reason. As I argue elsewhere, «[l]iberal hope and promise should be accordingly tempered by skepticism and experience of repeated disappointment.»⁵¹ The real question is whether the hardcore racists, anti-Semites, xenophobes, et al. feel comfortable vocalizing and acting on their attitudes in public.⁵² Recent experience in the context of immigration is also disillusioning. Even prior to 2015, most citizens in Western democracies preferred that immigration rates be lowered or maintained – certainly not raised. Since the migrant crisis, the majority feels that the change wrought has been too fast and sweeping. The euphoria of the «German summer» of 2015 was transient, and feelings became ambivalent over the new year. Debate then focused on the extent to which immigrant flows and access to social assistance should be reduced.

A few reasons lie close at hand for the persistent popularity of notions like nativism and for the general preference for a restrictive immigration regime. First, the «worse» angels of our nature, e.g. egoism, self-interest, Islamophobia, also influence people's behaviour. Immigration may offer benefits for many and for society as a whole. Yet there are further consequences, burdens felt by some. Citizens do lose out, especially those who have few job skills, value cultural

⁵⁰ Kijan Espahangizi: Wir sind nicht als Fremde geboren, wir werden zu Fremden gemacht, foraus Blog, 16 February 2015: <https://www.foraus.ch/posts/wir-sind-nicht-als-fremde-geboren-wir-werden-zu-fremden-gemacht/>

⁵¹ Malcolm MacLaren: Where are we now? Michael Ignatieff's *The Ordinary Virtues: Moral Order in a Divided World*, in: *German Law Journal* 20/5 (July 2019) 760: <https://doi.org/10.1017/glj.2019.60>

⁵² Klaus Riexinger: Politologe im Interview: Die AfD hat das Klima, in dem solche Taten stattfinden, sehr deutlich mitbestimmt, in: *Badische Zeitung*, 1 March 2020.

homogeneity, and prefer stability over change;⁵³ in point of fact, immigrants *are* in significant respects different, and the potential for cultural alienation is latent; integration requires sustained effort, flexibility, and sacrifice on both sides to succeed.⁵⁴ Second, there is in human psychology a «universal tendency for negative events and emotions to affect us more strongly than positive ones».⁵⁵ Due to the brain's «negativity bias» the downsides perceived in liberalized immigration are likely to resonate more in public discourse than the upsides, e.g. support for human rights, family unification, access to skilled labour, cultural diversity. Finally, the prescriptions proposed do not map well onto the world of politics in the here and now. Countries, even if rich, are more concerned about their own citizens than about «others». The «good shepherd», as Kohler's subtitle notes, cannot be too good to others or he may hurt his own herd.

In sum, it remains doubtful whether the state can and should moderate the affective relation in its interactions with citizens. These prescriptions provide no panaceas for these combustible feelings in public life. A British historian observes that «[f]or humanity's mental and moral incapacities there are, alas, no permanent cures, but we can aim to do better than we are doing right now.»⁵⁶ The deliberative investigation of «right» policy must thereby remain the ideal in a liberal democracy: open discussion, broad consensus, and sensible outcomes. Liberal democrats must sincerely engage

⁵³ Generally see Michael J. Trebilcock: *Dealing with losers: the political economy of policy transitions*, Oxford 2013, 97–117.

⁵⁴ Further see Paul Scheffer: Presentation, 14. Bundeskongress politische Bildung 2019. Was uns bewegt. Emotionen in Politik und Gesellschaft, Leipzig, 9 March 2019: <https://www.bpb.de/veranstaltungen/dokumentation/277645/sektion-5-besorgt-aengstlich-und-wuetend-emotionale-rezeptionen-gesellschaftlicher-umbrueche-schumann-saal>

⁵⁵ John Tierney, Roy F. Baumeister: *How the Negativity Effect Rules Us and How We Can Rule It*, New York 2019, 1.

⁵⁶ David Wootton: What's Wrong with Liberalism?, in: *History Today* 68/12 (2018): <https://www.historytoday.com/archive/feature/what%E2%80%99s-wrong-liberalism>

with those who disagree with them and address their feelings on own terms.

A prognosis

Strong, divisive feelings tend to determine the character of the political debate and to drive the political agenda in the West today. In the context of immigration policy, these feelings have largely arisen from long-standing flawed discourses. The questions addressed above are whether such flawed discourses are immanent in liberal democracy and whether dysfunctions in the body politic are always to be reckoned with regarding existential questions.

The preceding analysis suggests that the traditional model of liberal democracy asks for – in this policymaking context at least – unrealistic effort on our collective part, especially to inform ourselves about political issues, to prefer facts and figures to feelings, and to exercise «rationality» in choosing among policy options. Existential questions defy people's reasoning powers, and group discussions even under conducive conditions may not produce «sane» and moderate outcomes.⁵⁷ The evidence thereof in many Western countries has been a disconnect of mainstream – as opposed to populist – politics with the (emotional) lives of ordinary citizens.

I have also found that attempting emotional regulation in Western political systems is, in practice as in theory, questionable. The potential for deterring or reining in «ugly» feelings of citizens – e.g. away from negative, pessimistic, and cynical sentiments about immigration and politics – is limited. Instead, certain feelings may be «facts» of social life that underlie values and attitudes as well as convey information about and messages in society.

Accordingly, I call here for a certain pragmatism in dealing with emotionality. The starting point of policymaking must be life

⁵⁷ Further see David Miller: How about a better case?, in: Times Literary Supplement, 23 & 30 December 2005, 38.

as it is lived by citizens. The advice of former German Chancellor Adenauer, a practitioner who lived through many popular upheavals, seems particularly astute: «nehmen Sie die Menschen, wie sie sind, andere gibt es nicht». Preferred approaches should be non-prescriptive but linked to prevailing sentiments, ideas, values, and political culture. Especially the law, if it is to be respected and have force, as well as to be in force, must correspond to human reality. Approaches must correspond to the practices that can be reasonably expected in human lives on one hand and to the actual demands being made in public on the other.

The challenge facing proponents of liberal democracy in the context of immigration policy is to acknowledge the emotional appeal and popular traction of restrictive policies as well as to regard fear, anger, hatred, etc. not as external afflictions the body politic is to be inoculated against and/or cured of. Instead, they must recognize that Western democracy are vulnerable to this sort of crisis and must accept a degree of powerlessness and shortfalls in realizing ideals. For making policy, like doing politics generally, in a democracy is «the art of the possible». As Chancellor Schröder stated in the 2001 German immigration bill debate, immigration is «no issue for an election campaign» despite the possibility of providing a popular mandate for legislation thereby.⁵⁸

In terms of the opening metaphor, a different understanding of what a «healthy» body politic is may now be proposed: health is the extent of illness that permits a satisfying life to be led.⁵⁹ The limits of popular deliberation identified above suggest that the «health» of a liberal democracy is not absolute. Indeed, complete «well-being» of the body politic is, in context of «existential» questions, unattainable. Moreover, the body politic's health should be considered as protean, varying according to the situation and specifically to the nature and significance of the policy issue facing it.

⁵⁸ Quoted in M. MacLaren: Framing the Debate over the German Immigration Bill.

⁵⁹ Paraphrasing Markus Zürcher: Ein neues Gesundheitsverständnis ist notwendig, in: Schweizerische Ärztezeitung 100/46 (2019) 3.

Postscript: As this essay was being finalized, the Turkish government announced that the country would no longer prevent migrants from crossing into Europe. Turkey would open its borders, as it could no longer handle the numbers fleeing the war in Syria. Another migrant crisis may be looming ...

conexus 3 (2020) 148–172

© 2020 Malcolm MacLaren. Dieser Beitrag darf im Rahmen der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 – Creative Commons: Namensnennung/nicht kommerziell/keine Bearbeitungen – weiterverbreitet werden.



<https://doi.org/10.24445/conexus.2020.03.011>

PD Dr. Malcolm MacLaren, Universität Zürich, Rechtswissenschaftliche Fakultät, Rämistrasse 74/2, 8001 Zürich

malcolm.maclaren@uzh.ch